Rok XLIV. Kraków 19 Sierpnia 1905. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Kilka słów o maretynie.

Podał

Dr. Tadeusz Pisarski.

Maretyna *(maretin)*, m-tolylhydrazid kwasu karbaminowego, jest środkiem, zbliżonym pod względem budowy chemicznej do antyfebryny (*acetanilidum*), a różni się od niej tem, że grupa acetylowa antyfebryny jest podstawiona grupą mocznikową ($NH.CO.NH_2$), a nadto jeden wodór w pierścieniu benzolowym jest podstawiony metylem (CH_3). Fabryka Bayera i Ski wprowadziła maretynę do lecznictwa w połowie roku 1904. Związek ten występuje w postaci białych drobnych kryształków, trudno rozpuszczalnych w wodzie (w gorącej do 2%) i wyskoku (około 1%). Zanim jednak środek ten oddano w ręce klinicystów w celu bliższego poznania i określenia jego leczniczej wartości, przeprowadzono na zwierzętach doświadczenia, które dowiodły, że z jednej strony jednorazowa dawka 1,00 gr. jest nieszkodliwa, z drugiej, że już po dawce 0,10 wyraźne działanie daje się spostrzegać. Wobec znanego faktu, że związki, pokrewne anilinie, wskutek uwalniania się jej w ustroju rozkładają barwik krwi i wywołują methemoglobinuryę, zwrócono uwagę na zachowanie się krwi zwierząt, do doświadczeń używanych, lecz ujemnego działania w tym kierunku nie stwierdzono. Wnosić z tego można, że maretyna jest związkiem trwałym i że nie ulega w ustroju rozkładowi.

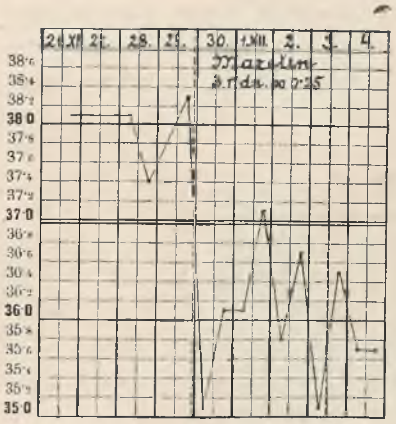
Początkowo podawano maretynę przeważnie u suchotników, szczególnie w I i II okresie choroby będących, wkrótce jednak nauczyło spostrzeganie kliniczne, że właśnie w tej chorobie, gdzie ustrój skutkiem przewlekłej sprawy podlega wyniszczeniu, należy unikać środka, wydatnie i szybko obniżającego ciepłotę. U takich osobników bowiem dołącza się często do obniżania się ciepłoty ciała działanie uboczne, jak poty, uczucie osłabienia, nikłe tętno, a nawet zapad. W innych chorobach gorączkowych bywają objawy te albo nieznaczne, albo też nawet całkiem nie występują.

Ta okoliczność była też powodem, że na naszym oddziele bardzo mało podawaliśmy maretyny u suchotników, a spostrzeżenia dotyczą tylko dwóch chorych na gruźlicę płuc. W obu tych przypadkach dał się stwierdzić wybitny wpływ maretyny na ciepłotę ciała, lecz nie brak było i objawów ubocznych.

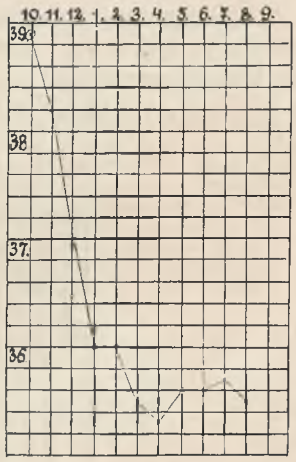
Tabl. I. *St. T.*, lat 21. *Phthisis pulmonum stad. II.* Chora gorączkowała w granicach między 37·3° C a 38·2° C. Dnia 30—XI 1904 zaczęto podawać maretynę 3 r. dn. po 0·25; pierwsza dawka o godz. 6 tej rano. Już o godz. 8 mej rano ciepłomierz wskazywał 35° C. Chora ta zażywała maretynę przez 4 dni a ciepłota ciała utrzymywała się między 35° a 37° C. Po każdej jednak dawce występowało krótkotrwałe przygłuchnienie i szum w uszach.

Tabl. II. *K. Z.*, lat 48. *Phthisis pulmonum stad. III.* Ciepłota ciała waha się między 37·7° a 39·6° C. Chory bardzo wyniszczony i niespokojny. Dnia 10—III 1905 o godz. 10 rano wynosiła ciepłota 38·9° C, choremu podano 0·50 maretyny i mierzono następnie ciepłotę co godzinę. Obniżenie ciepłoty było widoczne już po upływie jednej godziny od chwili zażycia. Do najniższego punktu doszła ciepłota w 6 godzin po zażyciu (35·3° C). W tych nizkich granicach utrzymywała się, z małemi wahaniami, przez 10 godzin, a do pierwotnej wysokości wróciła rano. Chory czuł się przytem bardzo osłabionym i doznał rozpływnych potów (2 razy zmieniał zupełnie przemokłą bieliznę). Tętno było nieco wolniejsze, miernie napięte.

Tabl. I.



Tabl. II.



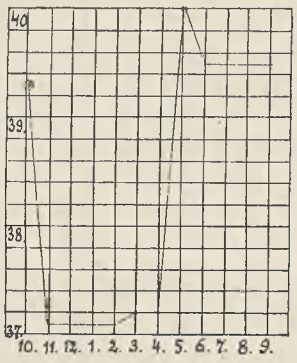
Liczniejsze są nasze przypadki innych chorób gorączkowych i tak: włóknikowe zapalenie płuc i opłucnej (4); dur brzuszny (1); gruźlicze zapalenie opon mózgowych (1); wysięk opłucny (1); ostry nieżyt żołądka (1); grypa (1); ostry gościec stawowy (2); przyostry gościec stawowy z następową niedomykalnością zastawki dwudzielnej (1); wogóle 14 chorych.

Maretynę podawano raz, dwa lub trzy razy dziennie po 0·25 i 0·50; największa ilość na pojedynczą dawkę wynosiła 0·50, najmniejsza 0·25, najwyższa dawka na dzień 1·50. Najdłuższy przeciąg czasu, przez jaki jeden chory zażywał stale maretynę, trwał 11 dni, a chory ten wyżył w tym przeciągu czasu 12·75 gr. maretyny. Ogółem zużyto 50·75 gr. na 125 pojedynczych dawek.

Ze spostrzeżeń naszych wynika, że ciepłota zaczyna opadać w $^1/_2$ do 2 godzin po zażyciu; do najniższego punktu dochodzi w 1 do 8 godzin i w takich najniższych granicach utrzymuje się przez $1^1/_2$ do 8 godz. Barjansky i Kaupe spostrzegali 24 godzin trwające obniżenie się ciepłoty. Spadki, wywołane działaniem maretyny, bywają czasem bardzo znaczne, i tak po dawkach 0·50 gr. wahają się między

0·9⁰ a 3·6⁰ C, po dawkach zaś 0·25 bywają z reguły mniej wydatne, lecz nawet po takiej małej dawce stwierdziliśmy raz opadnięcie ciepłoty o 3·2⁰ C. Ciepłoty subnormalne (35⁰—35·3⁰ C) zdarzają się tylko u suchotników. Jak przy wszystkich innych środkach przeciwgorączkowych, da się i tutaj stwierdzić fakt, że najłatwiej ulega obniżeniu ciepłota przy sprawach, które odznaczają się przebiegiem ciepłoty, skłonnym do zwolnień (remissyi) lub przerw (intermissyi). Przy chorobach z typem gorączki stałej (*febris continua*), stają się przy systematycznem zażywaniu maretyny tylko ranne ciepłoty nieco niższe, wzniesienia wieczorne pozostają bez wpływu. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w którym ranne ciepłoty wahały się między 37·5⁰ a 38⁰ C, przy zażywaniu maretyny 3 r dn. po 0·25 gr., a więc przy dawkach małych, pojawiały się ranne ciepłoty między 36·5⁰ a 37·8⁰ C, czego dawniej u tego chorego stwierdzić nie było można. U tego samego chorego wieczorne ciepłoty nie uległy zmianie (około 39⁰ C), a raz nawet podczas zażywania maretyny, doszła ciepłota wieczorna do 40⁰C. Drugi przypadek dotyczy chorego, cierpiącego na dur brzuszny pod koniec drugiego tygodnia choroby. Ciepłota wahała się w granicach między 38⁰ a 40·1⁰ C. Jeżeli chory zażył w południe 0·50 gr. maretyny, to wieczorem gorączka bywała znacznie niższa, czasami nawet spadała do stanu prawidłowego, a chory czuł się zupełnie dobrze. Jak szybkie i wydatne obniżenie ciepłoty osiągnąć można przy pomocy maretyny, nawet przy tak silnej gorączce, jaka bywa w durze brzusznym w jego środkowym okresie, świadczy najlepiej załączona tablica (Tabl. III).

Tabl. III.



Zupełnie podobny skutek wywierała maretyna u jednego chorego na wysięk opłucny z bardzo nieregularną gorączką między 38⁰ a 39·3⁰ C. Wieczorne ciepłoty były, ogółem biorąc, nieco niższe, niż dawniej, kiedy nic nie zażywał, natomiast spadki ranne, które dawniej nigdy poniżej 38⁰ C nie schodziły, dochodziły teraz do 36·6⁰ C, a najwyżej do 37·4⁰ C.

Obniżeniu się ciepłoty towarzyszą często poty, regułą tego jednak nazwać nie można, gdyż w połowie przez nas spostrzeganych przypadków objawu tego nie widzieliśmy. Często pocą się chorzy tylko po pierwszej dawce. Rozpływne, nieznośne dla chorego poty spostrzegano w trzech przypadkach, dwa razy przy gruźlicy płuc, raz przy wysięku opłucnym, prawdopodobnie także na podstawie gruźliczej. Wogóle wszyscy, zajmujący się dotychczas badaniem działania maretyny, stwierdzają występowanie mniejszych lub większych potów u suchotników. Elkau podaje, że w takich przypadkach można zmniejszyć pocenie się przez podanie maretyny w lawatywie z nalewką makowcową, przez co skuteczność leku nie cierpi. Z innych objawów skórnych spostrzegał Mai pokrzywkę.

Nieprzyjemne uczucia w zakresie sfery zmysłowej zauważyliśmy u chorej na gruźlicę płuc, której tablicę gorączki już powyżej przedstawiliśmy. Było to mianowicie krótkotrwałe ogłuchnięcie i szum w uszach, objawy, napotykane często po zażyciu chininy.

Szkodliwego wpływu na czynność narządu krążenia nie zauważyłem nawet u osobników z wadą serca. Tętno stawało się powolniejszem, a objaw ten zależał od obniżenia się ciepłoty ciała; jakość tętna nigdy nie ulegała zmianie. Nawet przy spadkach ciepłoty większych, niż o trzy stopnie, nie zauważyłem tętna zapadowego.

Oddech stawał się odpowiednio do spadku ciepłoty powolniejszym.

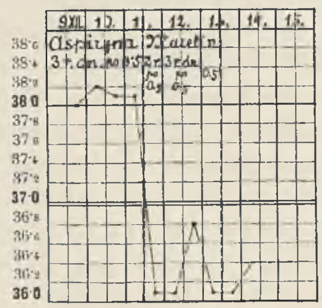
Dla przewodu pokarmowego zdaje się być maretyna zupełnie obojętną, a zadawać ją można ze skutkiem, a bez wywołania przykrych następstw, nawet przy ostrym nieżycie żołądka. Obrzydzenia sprawiać nie może, gdyż nie ma żadnego smaku.

Mocz nie ulega zmianie w kierunku ujemnym, owszem odsetka mocznika, obliczona sposobem i przyrządem Zotha (zasada tego sposobu ta sama, co i sposobów Hüfnera lub Wagnera t. j., przy użyciu podbrominu sodowego oblicza się ilość mocznika z ilości wytworzonego azotu) zmniejszała się, co przemawia za zmniejszonym rozpadem białka w ustroju. Nieprawidłowych składników, jak białka lub cukru, nigdy nie stwierdzono. Gdy mowa o cukrze, należy wspomnieć, że mocz chorych, zażywających maretynę, posiada własności redukujące płyn Fehlinga i dlatego do wykrycia cukru trzeba używać innych prób, gdyż wobec tego faktu próba Fehlinga nie jest tu rozstrzygającą. Czasem ma występować po maretynie zabarwienie moczu znamiennie żółte, ja jednak tego nie widziałem. Również nie zauważyłem wpływu na ilość moczu.

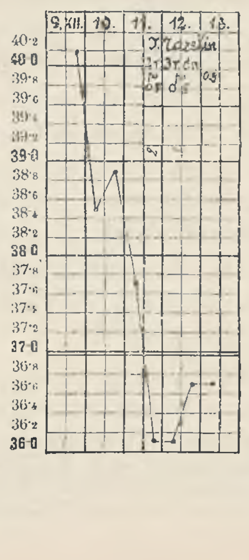
Nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli dla przedstawienia dokładnego obrazu działania maretyny przytoczę jeszcze kilka tablic z przebiegiem ciepłoty.

Tabl IV. *St. K.*, lat 25. Rozpoznanie: *Influenza*. Chory doznaje silnych bólów głowy i darcia w kończynach dolnych. Gorączkuje ciągle powyżej 38⁰ C. Zalecono 3 r. dn. po 0·50 maretyny. Jak krzywa gorączki wskazuje, opadła ciepłota do 36⁰ C i utrzymywała się w granicach prawidłowych. Ból głowy i darcie w kończynach ustąpiły.

Tabl IV.



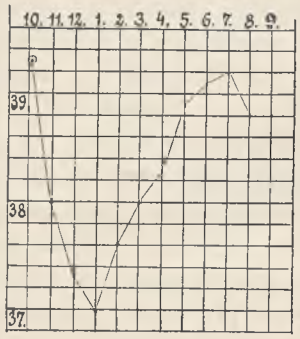
Tabl. V.



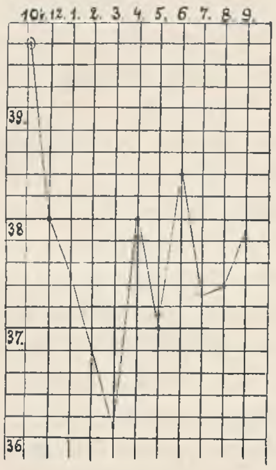
Tabl. V. *J. K.*, lat 33. Rozpoznanie: *Catarrhus ventriculi et intestinorum acutus.* Ciepłota waha się między 37·6° a 40·1° C. Chory doznaje bolu w okolicy nadpępcza, nudności, wymiotów, odbijania, równocześnie ma biegunkę. Zaraz po zażyciu pierwszej dawki maretyny, której używał następnie 3 r. dn. po 0·50. ciepłota spadła do granic prawidłowych, a przypadłości żołądkowe ustępowały zwolna pod wpływem leczenia karlsbadzkiego.

Następujące dwie tablice (VI, VII) przedstawiają linię krzywą gorączki u chorych na zapalenie włóknikowe płuc i opłucnej przed nastaniem przełomu. Wszyscy ci chorzy gorączkowali wysoko. Maretynę otrzymali jednorazowo w dawce 0·50 gr. Już po upływie godziny stwierdzić się dało obniżenie ciepłoty, która wreszcie doszła do granic prawidłowych, ażeby znowu powoli wznieść się do pierwotnej wysokości. Obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły lekkie poty.

Tabl. VI.



Tabl. VII.



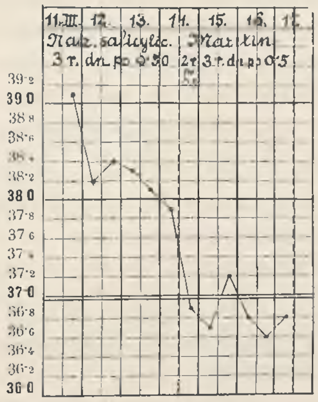
Na szczególną wzmiankę zasługuje działanie maretyny w przypadkach gośćca stawowego. Gdyby nie mała liczba dotychczas spostrzeganych przypadków, możnaby mówić o swoistem działaniu maretyny w przebiegu tej choroby, a już tych kilkanaście opisanych przypadków dozwala uważać maretynę za dzielny lek. Sobernheim ogłosił pierwszy swe spostrzeżenie nad działaniem maretyny w przebiegu gośćca stawowego i opisał 7 przypadków, w których maretyna działała korzystnie. My podawaliśmy ją u trzech chorych, cierpiących na gościec stawowy, a wynik również zawsze był znakomity.

Pierwszy z tych chorych *J. S.*, l. 32 liczący, posługacz szpitalny, podlegał gośćcowi stawowemu przyostremu z następową niedomykalnością zastawki dwudzielnej serca od kilku lat, a w ostatnich czasach doznał zaostrzenia sprawy chorobowej. Stawy barkowe, łokciowe i nadgarstkowe były bardzo bolesne, ruchy wykonywał chory tylko z trudnością. Obrzęków ani zaczerwienienia nie było. Chory leżał na oddziele od dłuższego czasu i zażywał salicylan sodowy w dawkach 3 r. dn. po 0·50 gr., a gdy bole stawały się bardzo silne, dostawał dodatkowo 0·40 piramidonu. Skutek po tem leczeniu równał się zeru. Ciepłota wahała się między 37° a 39·1° C, bole w stawach nie ustawały, a co więcej pocił się chory silnie po salicylu i doznawał odbijań. Podano mu początkowo 3 r. dn. po 0·25 gr. maretyny. Skutek odrazu wystąpił znakomity, ciepłota ciała utrzymywała się między 36·6° a 37·4 C, a ból w stawach już drugiego dnia ustąpił. Czwartego dnia oświadczył chory, że się czuje zupełnie dobrze. Zaprzestano podawania maretyny, a przywrócono dawną ordynacyę t. j. salicylan sodowy. Po czterech dniach zaczęła się ciepłota znowu podnosić, a dolegliwości podmiotowe powróciły. Wtedy ponownie podano mu 3 r. dn. po 0·50 gr. maretyny; już na drugi dzień opadła ciepłota do stanu prawidłowego. Po trzech dniach zaczął znowu chory zażywać salicylan sodowy, a jakkolwiek ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych, to jednak podmiotowo czuł się znacznie gorzej.

Drugi chory *J. D.*, lat 17. Rozpoznanie: *Polyarthritis rheumatica acuta.* Sprawa chorobowa zajmowała oba stawy kolanowe. Obrzęk, zaczerwienienie, ból i niemożność chodzenia. Ciepłota waha się około 38° C. D. 9—III 1905 zaczął chory zażywać 3 r. dn. po 0·50 maretyny. Tego samego dnia opadła ciepłota wieczorem na 36·8° C i w tych granicach się utrzymywała; bole znacznie mniejsze; lekkie poty. Na drugi dzień chory zaczął chodzić, a choroba tak miejscowo, jak i ogólnie, uległa znakomitemu polepszeniu. Chory pozostawał jednak nadal na oddziele, spełniał nawet pewne posługi, gdy nagle 4—IV ciepłota podniosła się znowu do 39·3° C, a stawy kolanowe i skokowe zaczęły być bolesne. Równocześnie skarżył się chory na kłucie w prawym boku. Badanie wykazało ograniczone stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej, a powyżej niego tarcie opłucne. Chory zaczął znowu zażywać maretynę 3 r. dn. po 0·50 gr., a trzeciego dnia opadła ciepłota do prawidłowej i stan chorego podmiotowo i przedmiotowo się poprawił. I ten chory zażywał przedtem salicylan sodowy bez skutku.

U trzeciego chorego (Tabl. VIII) sprawa miała się zupełnie podobnie. Tutaj objęte były sprawą zapalną stawy łokciowe, nadgarstkowe, skokowe i kolanowe. Podawany salicylan sodowy nie wywierał dodatniego wpływu, a ciepłota wahała się między 38·5° a 39° C. Zaraz po pierwszej dawce maretyny (0·50 gr.) opadła ciepłota na 36·8° C, a przy używaniu maretyny 2 r. dn. po 0·50 gr. utrzymywała się stale w granicach prawidłowych. Równocześnie z tem i bole ustąpiły.

Tabl. VIII.



Liczne zatem spostrzeżenia, dokonane przy łóżku chorego przezemnie i innych, dowodzą, że maretynę należy bez wątpienia zaliczyć do grupy środków obniżających ciepłotę ciała. Jaką drogą dochodzi do skutku to działanie, trudno na pewno rozstrzygnąć, prawdopodobnie jednak dzieje się to wskutek wzmagania się promieniowania ciepła, za czem przemawiają poty, występujące po maretynie.

Jak przy wszystkich środkach przeciwgorączkowych, tak i przy stosowaniu maretyny zdarza się, że czasem działanie jej zawodzi, jakaś pojedyncza dawka nie wywoła obniżenia ciepłoty, ale wiadomą jest rzeczą, że nawet leki swoiste czasami zawodzą. I tak n. p. w trzech przez nas spostrzeganych przypadkach gośćca stawowego okazał się lek swoisty, salicylan sodowy, bez skutku, a piramidon niewielką ulgę sprowadzał, maretyna natomiast działała znakomicie; nietylko wywoływała obniżenie ciepłoty ciała, lecz usuwała w krótkim czasie wszystkie wogóle objawy choroby.

W przebiegu spraw ostrych z wysokiemi ciepłotami nadaje się maretyna bardzo dobrze do sprowadzania, choćby tylko krótkotrwałego uczucia ulgi (*euphoria*), co w przebiegu tych chorób ma niejednokrotnie doniosłe znaczenie.

Jako środek uśmierzający ból (*antineuralgicum*), okazała się maretyna także skuteczną. Jeden z kolegów, cierpiący na migrenę, doniósł mi, że po użyciu maretyny doznał znacznej ulgi.

Co się tyczy dawek, to te zależne od różnych oko-

liczności muszą być różne. Należy tu uwzględniać wiek chorego, płeć, osobnicze właściwości, sprawę chorobową, jej natężenie, porę zażywania i t. d. Jeżeli chodzi tylko o chwilowe obniżenie ciepłoty, to wystarczają jednorazowe dawki po 0·25 lub 0·50, jeżeli o stałe obniżenie ciepłoty, to takie same dawki 2 lub 3 razy dziennie.

Podając maretynę, należy pamiętać, że ma się przed sobą lek, którego bez krytyki, wedle upodobania, podawać nie można. Za przestrogę muszą służyć przypadki, ogłoszone przez Maia, w których już po zwykłych dawkach (0·50) zdarzał się zapad, co więcej, autor ten spostrzegł, że raz nawet po dawce 0·125 gr. wystąpił stan, zbliżony do zapadu, a ciepłota u tego chorego opadła w przeciągu 1½ godz. z 39·2° C na 35·5° C po 0·50 gr. maretyny.

Działania zbiorowego, ani przyzwyczajenia, maretyna nie sprowadza.

Wskazanie do podania maretyny stanowi każda, z wysoką ciepłotą przebiegająca choroba, lecz wskazanie to ograniczyć może stan mięśnia sercowego osoby chorej, ludzie bowiem, dotknięci zwyrodnieniem włóknistem mięśnia sercowego, źle znoszą szybkie opadnięcie ciepłoty.

Za przeciwwskazanie należy uważać gruźlicę płuc. Objawy uboczne, występujące u suchotników po zażyciu maretyny, są silne, szczególnie zaś rozpływne poty dokuczają chorym, którzy już i bez tego leku, z natury cierpienia, obficie się pocą. Pod tym względem zostały zawiedzione nadzieje fabryki Bayera i Ski, która, wprowadzając lek ten do lecznictwa, rokowała sobie, iż właśnie w gruźlicy płuc znajdzie on rozległe zastosowanie.

Niech mi w końcu wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie szefowi memu prof. dr. St. Pareńskiemu, którego łaskawym względom zawdzięczam, że pracę tę do skutku mogłem doprowadzić.

Piśmiennictwo. 1) J. Barjansky: Berl. klin. Wochenschrift. 23. 1904. — 2) W. Kaupe: Deutsche med. Wochenschr. 30. 1904. — 3) Elkau: Münch. med. Wochenschr. 30. 1904. — 4) Litten: Deutsche med. Wochenschr. 26. 1904. — 5) G. Helmbrecht: Deutsche med. Wochenschr. 30. 1904. — 6) E. Mai. Wien. klin. therap. Wochenschr. 12. 1905. — 7) W. Sobernheim: Deut. med. Wochenschr. 15. 1905.

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (prof. dr. Gluziński).

O digalenie.

Podał

Dr. S. Thurnheim

elew rządowy kliniki.

W szeregu znanych i używanych środków farmakologicznych t. z. sercowych, pierwsze bezsprzecznie miejsce zajmuje naparstnica. Skuteczność jej działania nie da się porównać, ani zastąpić żadnym innym środkiem.

Prócz wybitnych, a znanych powszechnie zalet posiada ona jednak wiele ujemnych stron. Nierzadko bowiem spotykamy się z chorymi, którzy naparstnicy w żadnej postaci nie znoszą; u innych występują wkrótce objawy w zakresie narządu pokarmowego, u innych znów działanie nie jest jednostajne, a jeśli w końcu rozważymy, że ilość działających substancyi jest różną, zależną od wielu czynników tak, że na pewność działania nie możemy się spuścić, to będziemy mieli dość powodów, usprawiedliwiających już oddawna objawiającą się dążność do wynalezienia przetworu, któryby, łącząc w sobie zalety naparstnicy, nie posiadał jej stron ujemnych.

Wszelkie jednak w tym kierunku podjęte usiłowania, jak dotąd, spełzły na niczem. Polecane od szeregu lat i zachwalane środki zastępcze okazały się po dłuższym lub krótszym czasie nieodpowiednimi Ani digitalina, ani digitoksyna Schmiedeberga, ani *folia dialysata* Golatza nie znalazły uznania, gdyż przetwory te jużto łatwo się rozkładają, wskutek tego działanie ich jest niejednostajne, jużto drażnią przewód pokarmowy, jużto mają uboczne niemiłe działanie, jużto wreszcie trudno ulegają wessaniu. Doświadczenie zaś pouczyło, że tylko przetwór naparstnicy niezmienny i czysty co do składu, a więc zawsze pewny w swem działaniu, łatwo ulegający wessaniu i dający się łatwo dawkować, uczynić może zadość żądaniom, jakieby przetworowi naparstnicy należało stawiać. Zgodnie z tem postępując, starano się głównie o to, by wydzielić z naparstnicy substancyę w niej działającą w stanie czystym, w postaci rozpuszczalnej we wodzie.

W przeszłym roku ogłosił Cloëtta z Zurychu w „Münchener mediz. Wochenschrift“ (Nr. 33 z r. 1904), że powiodło mu się po 5-letnich zabiegach wydzielić z liści naparstnicy takie ciało bezpostaciowe, łatwo rozpuszczalne w wodzie, a identyczne z digitoksyną (stąd nazwa *digitoxinum solubile Cloëtta*), którego roczyn nosi w handlu nazwę digalenu[1]). Jako zalety tego nowego przetworu podniósł on głównie, że nie drażni tkanek i łatwo ulega dyfuzyi, skutkiem czego działa szybciej, niż nierozpuszczalna w wodzie digitoksyna Schmiedeberga. Próby, podjęte przez innych autorów, wypadły dodatnio, a ogłoszone wyniki świadczyły bardzo korzystnie o tym nowym środku.

Przetwór ten zastosowano w klinice lekar. lwowskiej, a z otrzymanych wyników na polecenie profesora Gluzińskiego zdaję niniejszem sprawę. Stosowano digalen przeważnie wewnętrznie, w dwóch przypadkach podskórnie. W każdym przypadku oznaczano parcie krwi przyrządem Riva-Rocciego[2]), ilość dzienną moczu, jego ciężar właściwy i wagę ciała przed i po zastosowaniu leczenia, uwzględniając przytem naturalnie tak przedmiotowy, jak i podmiotowy stan chorego. Sądzę, że ułatwię sobie zadanie określenia, jak działa ten nowy środek, jeśli, zanim wypowiem me końcowe uwagi i wnioski, przytoczę wprzód kilka historyi chorób w krótkiem streszczeniu.

1. *M. K.*, lat 48, zarobnik. Poprzednio zdrów. Od 3 tygodni duszność, kaszel i bolesność w okolicy wątroby.

Stan obecny: Budowa dobra. Skóra blada. Nieznaczna sinica. Oddechy nasilone, 32 na minutę. W płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego. Serce powiększone, szczególnie w wymiarze podłużnym, czynność jego nieregularna. Nad koniuszkiem serca 1 dźwięczny szmer, 2 głuchy ton, podobnie nad tętnicą główną i płucną. Tętno niemiarowe,

---

[1]) W handlu znajduje się on w 15-gramowych flaszeczkach. Każdy gram zawiera 0·0003 digitoksyny = mniejwięcej 0·15 gr. naparu naparstnicy. Do każdej flaszeczki dodaną jest pipeta, którą można dokładnie odmierzyć ½ i 1 cm³ roztworu.

[2]) Dane, uzyskane tym przyrządem, są wogóle bardzo względne, gdyż, jak mieliśmy niejednokrotnie sposobność się przekonać, zależą od wielu ubocznych czynników, jak: postawy chorego, zachowania się jego przed i w czasie mierzenia, dyety, tętnicy, na której oznaczamy ciśnienie, pory dnia i t. d. Granice, w których wahania z tych powodów odbywać się mogą, są dość znaczne. By więc, o ile możności uniknąć błędów, zakładaliśmy manszet przyrządu stale na ramię w pobliżu stawu łokciowego, na chorych leżących, w tej samej porze dnia.

100 na minutę. Tętnice sprychowe dobrze napięte, o ścianach twardych. Wątroba sięga 2 palce niżej łuku, jest twarda, bolesna. Brzuch wzdęty, w nim mierna ilość płynu. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu szeroka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum, bronchitis diffusa. Atheroma aortae et art. periphericarum. Myocarditis chr. fibrosa subseq. hypertroph. et dilatat. cordis totius, praecip. dext. in stadio incompens. Tumor venost. hep., ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen wewnętrznie.

Przebieg uwidacznia tabliczka:

Data	Mocz: Ilość dzienna	Mocz: Ciężar właśc.	Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
24 stycz.	1000*	1021	146	99	69·70	Digalen: 2 r. dz. po 1 cm³
25 "	1300	—	128	120	—	"
26 "	1500		126	110	—	"
27 "	1400	średn. 1020	134	102	—	"
28 "	1500		126	94	—	"
29 "	1400		124	88	—	"
30 "	1500	średnio 1018	125	72	60·70	"
31 "	1400		126	90	—	"
1 lutego	1500		131	102		"
2 "	1400	—	129	99	—	"
3 "	1500	—	127	84	—	"
4 "	1600	—	142	80	—	"
5 "	1600		146	76	—	"
6 "	1500		132	72	55·80	"
7 "	1500	średnio 1019	125	69	—	"
8 "	1600		126	70	—	Digalen odstawiono
9 "	1600		124	70	—	"

* Liczby, podane w tej rubryce, daleko odbiegają od rzeczywistych. Chorego nie można było, pomimo kilkakrotnych upomnień nakłonić do oddawania całego moczu do naczynia.

Skutek możliwy został osiągnięty. Duszność i kaszel ustąpiły zupełnie. Wątroba zmniejszyła się, jest niebolesna. Płynu w jamie brzusznej wykryć nie można, obrzęków na kończynach dolnych brak. Białka w moczu brak. Ubytek wagi ciała wynosi 13·90 kg.

2. *F. S.*, lat 61, konduktor kolejowy. Nigdy nie chorował. Od 10 miesięcy znaczna duszność, kaszel, ból w okolicy wątroby, ciśnienie w dołku podsercowym. Od kilku miesięcy zażywa napar naparstnicy.

Stan obecny: Wzrost wysoki, odżywienie dobre. Skóra blada. Na twarzy i końcach palców ślad sinicy. Żyły szyjne wypełnione. Oddechy nasilone, 36 na minutę. Granice płuc obniżone. W płucach objawy rozległego nieżytu oskrzelowego. Stłumienie serca na małej przestrzeni. Nad wszystkiemi ujściami dwa głuche tony, nad koniuszkiem przy pierwszym podmuch. Czynność serca nieregularna; tętno niemiarowe, słabo napięte. Wątroba powiększona, twarda, bolesna. W jamie brzusznej wolny płyn. W moczu dość szeroka, wiotka obrączka białka.

Data	Mocz: Ilość dzienna	Mocz: Ciężar właśc.	Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
10 stycz.	1000	1024	126	90	83	Dig. wewn. 2 r. dz. po ½ cm
11 "	1000	—	115	94	—	"
12 "	1500	—	110	90	—	"
13 "	1700	—	123	84	—	"
14 "	1800	—	134?	82	—	"
15 "	1900		116	80	—	"
16 "	1500		115	75	81	"
17 "	1600	średnio 1021	110	82	—	"
18 "	1700		115	84	—	Dig. wewn. 3 r. dz. po ½ cm³
19 "	1600		122	84	—	"
20 "	1700	—	118	84	—	"
21 "	1900	—	116	84	—	"
22 "	1600	—	117	82	—	"
23 "	1600	—	116	78	78·50	"
24 "	1500	—	115	70	—	Dig. wewn. 2 r. dz. po 1 cm³
25 "	1600	—	114	81	—	"
26 "	1500	—	116	84	—	"
27 "	1400		123	78	—	Dig. wewn. 3 r. dz. po 1 cm³
28 "	1500		122	78	—	"
29 "	1400	średnio 1019	117	84	—	"
30 "	1500		116	84	—	"
31 "	1400		114	75	—	"
1 lutego	1200	—	116	78	—	"
2 "	1100	—	126	81	—	"
3 "	1200		126	76	—	"
4 "	1000	średnio 1022	116	76	—	"
5 "	1100		120	74	—	"
6 "	1000		115	76	76·80	Digalen odstawiono

Rozpoznanie: *Atheroma aortae et art. peripher. Myocarditis chr. Emphys. pulm., bronch. diff. Insufic. musculi cordis. Tumor venostat hep., venostasis renum, ascites, anasarca.*

Przebieg leczenia uwidacznia załączona powyżej tabliczka.

Poprawa stanu chorego utrzymywała się przez cały czas leczenia. Duszność ustąpiła zupełnie; objętość brzucha zmniejszyła się, płyn w nim zawarty uległ wessaniu. Tętno dość dobrze napięte, miarowe. Wątroba niebolesna, sięga niżej łuku. Białka w moczu brak. Ciężar ciała spadł o 6·20 kg.

3. *O. Ch.*, lat 70, adwokat. Zawsze dawniej zdrów. Od 3 lat duszność, od kilku miesięcy męczący kaszel i ból w lewym boku. Nadużywał tytoniu.

Stan obecny: Skóra blada z odcieniem sinawym. Żyły szyjne rozdęte, tętnią ujemnie. W płucach rozległy nieżyt, granice płuc obniżone. Oddechy znacznie nasilone, 28 na minutę. Serce powiększone, głównie w wymiarze poprzecznym. Tony serca głuche. Tętnice sprychowe o ścianach nieco grubszych, pokręcone. Tętno słabo napięte, regularne, 104 na minutę. Wątroba znacznie powiększona, twarda, przy ucisku bolesna. Śledziona powiększona, niemacalna. W brzuchu nieznaczna ilość płynu; na kończynach dolnych mierny obrzęk. W moczu wązka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphys. pulm., bronchitis diff. chr. Atheroma aortae et art. peripher. subseq. hypertroph. cordis tot. praec. dextri in stad. incompens. Tumor venostat. hep. et lienis, venostas. renum. (arteriosel. renum?); anasarca, ascites minor. gradus.*

Podano digalen wewnętrznie 3 razy dziennie po 1 cm³. Już na drugi dzień ilość moczu podniosła się z 500 na 1000 i doszła 3-go dnia do 1400 cm³ na dobę. W ślad zatem stan ogólny znacznie się poprawił. Duszność zmniejszyła się znacznie, podobnie i kaszel. Tony serca głośniejsze. Ilość tętna spadła na 88 na minutę. Obrzęki ustąpiły zupełnie. W moczu białka brak. Atoli w piątym dniu leczenia pojawiły się nudności, brak łaknienia i zaparcie stolca, skutkiem czego lek odstawiono. Waga ciała w porównaniu do pierwotnej spadła o 6 kg.

4. *K. P.*, lat 20, żona rolnika. Przed 2 laty przebyła dur brzuszny, zresztą nie chorowała. Od roku bicie serca, kaszel, duszność i krwioplucie. Od sześciu miesięcy brak regularności.

Stan obecny: Budowa dobra. Na twarzy ślad sinicy. Oddechy nasilone, 44 na minutę. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego. Uderzenie koniuszkowe serca 2 palce na zewnątrz linii sutkowej lewej w piątem międzyżebrzu. Ręka, przyłożona w tem miejscu, wyczuwa przedskurczowy i skurczowy koci mruk. Stłumienie serca sięga na prawo do linii środkowej ciała. Osłuchiwaniem stwierdza się nad końcem serca przedskurczowy i rozkurczowy piłujący szmer, zakończony klapiącym silnym tonem, nad podstawą udzielony szmer obok tonów, nad tętnicą główną i płucną 2 tony głuche, drugi nad płucną zaostrzony. Tętno przyspieszone, słabo napięte. Brzuch powiększony; w nim ciało stałe, owalne, wychodzące z małej miednicy, jędrniejsze przy dotyku. Ciało to sięga na 4 palce powyżej pępka i odpowiada ciężarnej macicy. Wątroba niemacalna, wypukiem niepowiększona.

Rozpoznanie: *Endocard. chr. fibr. sub forma insuffic. mitral. et stenosis ostii ven sin. in stad. incipient. incompens. Bronchitis chr. in gravid. VII mens.*

Podano digalen wewnętrznie. Przebieg uwidacznia tabliczka. (p. tablicę na następnej stronie pierwszą od góry).

1/II. Chora miewa od czasu do czasu wymioty, przytem brak łaknienia. 29/I. Stan ogólny poprawił się. Tętno wolniejsze, duszności brak, kaszel utrzymuje się. 4/II. Rozpoczęły się bole porodowe, wobec czego chorą przeniesiono do kliniki położniczej, gdzie tego samego dnia urodziła. W czasie porodu i połogu czynność serca utrzymywała się w dobrym stanie.

5. *F. K.*, lat 43, zarobnica. Przed rokiem kaszel, bicie serca, obrzęk całego ciała przez 6 tygodni. Od 2 miesięcy te same objawy, nadto od 3 tygodni wymioty, głównie po jedzeniu. Nadużywała wyskoku.

Stan obecny: Skóra lekko sino-żółtawo zabarwiona. Oddechy nasilone, 48 na minutę. W płucach objawy rozedmy i nieżytu oskrzelowego miernego stopnia. Serce powiększone, głównie w wymiarze po-

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
18 stycz.	600	1035	108	90	50·30	—
19 „	700	1036	108	96	—	Digalen: $^1/_2$ cm³ dzien.
20 „	700	1027	110	96	—	„
21 „	800	1037	110	96	—	„
22 „	800	1030	108	96	—	„
23 „	800	1031	110	96	51·70	Dig: 2 r. dz. po $^1/_2$ cm³
24 „	600	1028	98	96	—	„
25 „	700	1031	115	84	—	„
26 „	800	1031	115	108	—	„
27 „	1000	1024	112	96	—	Dig.: 2 r. dz. po 1 cm³
28 „	1100	1017	111	108	—	„
29 „	1100	1021	116	102	—	„
30 „	1000	1020	115	96	50·60	„
31 „	900	1027	116	108	—	„
1 lutego	1100	1021	116	90	—	„
2 „	1000	1021	122	90	—	„
3 „	1100	1020	118	92	—	„
4 „	1000	1018	120	90	—	„

przecznym. Nad końcem serca pierwszy podmuch, drugi ton słabo słyszalny, zresztą wszędzie dwa tony. Tętnice sprychowe słabo napięte, tętno miarowe, 108 na minutę. Wątroba znacznie powiększona, twarda, bolesna, o brzegu tępym. Brzuch znacznie wypukłony, w nim mierna ilość wolnego płynu. Na kończynach dolnych ślad obrzęków.

Rozpoznanie: *Emphysema pulm. bronch. diff. Arterioscl. Myocard. chr. Tumor hep., ascites, anasarca, in individuo potatore.*

Leczenie: digalen podskórnie. Przebieg: patrz tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
10 marca	1100	1027	95	104	63·70	Dig.: 2 r. dz. po 1 cm³
11 „	1100	1026	95	102	—	„
12 „	1100	1026	98	102		„
13 „	1100	1030	98	108		„
14 „	1100	1031	97	102	59·40	„
15 „	1200	1027	97	102	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
16 „	1100	1027	98	108	—	„
17 „	1200	1025	98	108	—	„
18 „	1200	1027	97	102	—	„
19 „	400	1031	98	60	—	„
20 „	400	1030	99	80	58	„
21 „	420	1027	99	84	—	„
22 „	400	1027	100	80	—	„
23 „	500	1028	104	72	—	Digalen odstawiono

Stan chorej poprawił się. Kaszel i duszność zmniejszyły się, lecz nie ustąpiły zupełnie. Ubytek wagi ciała = 5 kg. 80 d.

23/III podniosła się ciepłota do 39·1°. W miejscach, w które wstrzykiwano digalen, postawały nacieki podskórne.

6. *A. M.*, lat 33, zarobnica. Zawsze chorowita, kaszle od dzieciństwa. Od 3 miesięcy ból głowy, kłucie w piersiach, silniejszy kaszel. Przed miesiącem pojawił się obrzęk na kończynach dolnych.

Stan obecny: Na twarzy i wargach wyraźna sinica. Końce palców rąk lekko zgrubiałe, paznokcie pozaginane. Ciepłota lekko podwyższona (37·3). Żyły szyjne nieznacznie rozszerzone, tętnią ujemnie. Klatka piersiowa dość długa, wązka, niepodatna. Dolne granice płuc obniżone. Odgłos wypukowy nad płucami wszędzie jawny, z odcieniem bębenkowym. Oddechy nasilone, 32 na minutę. Osłuchiwaniem stwierdza się wdech pęcherzykowy szorstki, wielką ilość rzężeń drobno- i średniobańkowych i nieliczne furczenia. Rozmiar stłumienia serca zwiększony w kierunku poprzecznym. Nad wszystkiemi ujściami dwa głuche tony, drugi nad płucną zaostrzony. Tętno dość dobrze napięte. W jamie brzusznej wolny płyn. Wątroba znacznie powiększona, bolesna. Na kończynach dolnych obrzęki. W moczu szeroka obrączka białka.

Rozpoznanie: *Emphysema essentionale pulm., bronchitis chr. catarrhal. diff. subseq. hypertroph. et dilatat. cordis dextri in stad. incompens. Induratio cyanotica organorum, ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen wewnętrznie. Działanie uwidoczni załączona tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
25 stycz.	200	1027	109	116	56·40	Digalen: 2 r. dz. po 1 cm³
26 „	400	1024	112	102	—	„
27 „	400	1024	111	96	—	„
28 „	300	1025	109	98	—	„
29 „	400	1023	106	108	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
30 „	400	1023	108	108	49	„
31 „	400	1017	118	108	—	„
1 lutego	300	1021	113	96	—	„
2 „	500	1021	116	98	—	„
3 „	1400	1016	106	100	49·30	„
4 „	2000	1013	123	96	—	„
5 „	1800	1016	110	102	—	„
6 „	2000	1016	116	96	47·60	„
7 „	2400	1010	126	96	—	„
8 „	3000	1008	126	96	—	„
9 „	2800	1011	108	98	42·70	Digalen odstawiono
Od 10/II do 15/II	średnio 1900	średnio 1019	średnio 88	średnio 85	15/II 40·60	—
Od 16/II do 21/II	średnio 1200	średnio 1018	średnio 88	średnio 88	21/II 40·90	—
Od 22/II do 27/II	średnio 1900	średnio 1022	średnio 90	średnio 81	27/II 41·70	—
28 lutego	1500	1017	89	80	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
1 marca	1500	1024	88	76	—	„
2 „	1500	1023	88	78	42·50	„
3 „	1000	1026	89	78	—	„
4 „	1400	1025	87	72	43·50	„
5 „	1400	1025	87	72	—	„
6 „	1200	1020	96	84	—	„
7 „	1200	1020	96	80	—	„
8 „	1100	1017	90	78	43·40	„
9 „	1200	1018	88	84	—	„
10 „	1000	1028	90	84	—	„
11 „	1500	1025	90	84	43·90	„
12 „	1100	1020	101	90	—	„
13 „	1500	1019	102	90	44	„
14 „	1000	1022	98	90	—	„
15 „	1200	1021	96	84	—	„
16 „	1200	1021	96	78	—	„
17 „	1400	1019	96	72	44·50	„
18 „	1000	1015	94	84	—	„
19 „	1100	1013	88	60	—	Digalen odstawiono

10/II. Stan podmiotowy i przedmiotowy znacznie lepszy. Duszność mniejsza, kaszel również; sinicy ślad tylko. Wątroba zmniejszyła się znacznie. Płynu w jamie brzusznej ślad, obrzęków na kończynach dolnych niema, białka w moczu brak. Ubytek wagi ciała wynosi 13 kg. 70 dk.

Nie podawanie leku od 9/II do 28/II odbiło się zmniejszeniem ilości moczu i spadkiem parcia krwi, a duszność i kaszel wróciły w pierwotnej sile. Wobec tego powrócono do podawania digalenu wewnętrznie z dniem 1/III. Skutku tym razem nie zdołaliśmy osiągnąć. 11/III stwierdziliśmy: W pasze prawej więcej rzężeń i trzeszczeń, ból w tym boku. Tętno wolne, dość dobrze napięte. Wątroba mniej więcej w tych samych granicach, co poprzednio, tkliwa. Na twarzy sinica nieco większa. Ubytek wagi ciała = 2 kg.

19/III. Od kilku dni dość silny ból głowy, usadowiony przeważnie w okolicy ciemieniowej. Od 3 dni chora wymiotuje 2—3 razy dziennie, dziś rano bezpośrednio po podaniu digalenu. Skarży się na ból w okolicy żołądka, nudności i brak łaknienia. Digalen zażywa niechętnie, przypisując mu przyczynę wymiotów. Stolec nieregularny. Z powodu tych wszystkich objawów odstawiono digalen, poczem bole głowy i nudności ustąpiły, a łaknienie poprawiło się.

7. *E. A.*, lat 32, restaurator. Od dzieciństwa chorowity. Od 10 lat bicie serca, duszność i plucie krwią.

Stan obecny: Odżywienie liche, skóra blada. Na twarzy wyraźna sinica. Żyły szyjne tętnią dodatnio. W płucach wszędzie szorstkie szmery oddechowe, furczenia i świsty; w dolnych częściach dość obfite drobne rzężenia. Nad sercem skurczowe wciąganie w 6 i 7 międzyżebrzu. Stłumienie serca powiększone w kierunku podłużnym i po-

przecznym. Osłuchując stwierdza się nad końcem serca skurczowy i przedskurczowy szmer; drugi ton nad płucną silnie zaostrzony. Czynność serca niemiarowa, tętno drobne, nierówne. Wątroba duża, bolesna. W brzuchu ślad płynu. W moczu ślad białka.

Rozpoznanie: *Peri- myo- endocarditis sub forma insuffic. et stenos. ostii venosi sinistri, synechia pericardii subs. hypertroph. et dil. cord. tot. praec. dext. in stad. completae incompensat. Induratio cyanot. org. maj. gr. (pulm., hep., renum), ascites, icterus levis.*

Piątego dnia pobytu w klinice podano choremu digalen wewnętrznie. Wynik uwidoczni tabliczka.

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
21 lutego	—	—	—	74	60	
22 „	500	1026	—	81	—	
23 „	500	1026	—	72	—	
24 „	100	1028	—	76	—	
25 „	500	1026	—	76	—	
26 „	500	1026	130	78	—	Dig.: 3 r. dz. po 1 cm³
27 „	400	1024	118	76	62	„
28 „	400	1020	118	90	—	„
1 marca	500	1021	121	84	—	„
2 „	500	1021	121	80	—	„
3 „	500	1019	126	63	61	„
4 „	1000	1020	112	66	—	„
5 „	800	1022	112	66	—	„
6 „	600	1025	116	60	58·50	„
7 „	1000	1018	116	57	—	„
8 „	1500	1015	117	69	59	„
9 „	1000	1017	122	40	—	Digalen odstawiono

Przez czas leczenia chory czuł się podmiotowo nieco lepiej. Przedmiotowo nie można było stwierdzić poprawy. Wieczorem 8/III pojawiły się przypady uboczne w postaci dość silnego bolu głowy, nudności i braku łaknienia. Tętno z 76 spadło na 40 na minutę. Pomimo odstawienia digalenu objawy te utrzymywały się jeszcze przez 6 dni następnych. Dnia 11/III uczuł chory nagle przy spokojnem leżeniu w łóżku i wśród czytania ćmienie przed oczyma, latanie czarnych płatków i zawrót głowy, przyczem twarz zbladła, a wargi przybrały zabarwienie blado-sine. Stan ten trwał 10 minut. Chorego ułożono spokojnie i podano czarną kawę z koniakiem, poczem zwolna przytomność wróciła. Opuścił klinikę bez polepszenia, a w kilka dni później życie zakończył. Ubytek wagi ciała wynosił 1 kg.

8. *J. R.*, lat 40, dzierżawca folwarku. Przed 5 laty przebył zapalenie opłucnej po prawej stronie. Od tego czasu duszność, kaszel i silne poty w nocy. Przed 3 miesiącami krwotok płucny.

Przyjęty do kliniki dnia 10 marca 1905. Stan był następujący: Skóra sinawo-szaro zabarwiona, wargi i uszy sine. Żyły szyjne rozszerzone. Klatka piersiowa długa, wązka. Dołki nadobojczykowe zagłębione. Międzyżebrza zapadają się przy wdechu, po stronie prawej więcej, niż lewej. Po stronie prawej przytłumienie odgłosu wypukowego z przodu od szczytu do drugiego żebra, z tyłu do grzebienia łopatki. Po stronie lewej w szczycie odgłos wypukowy krótki. Zresztą wszędzie jawny z odcieniem pudłowym. Dolne granice płuc obniżone, słabo ruchome. Oddechy nasilone, 36 na minutę Osłuchując, stwierdza się wszędzie wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem słyszalnym, przedłużonym. Serce powiększone, głównie prawe. Nad podstawą serca lekkie tarcie osierdziowe. Wszędzie 2 głuche tony, nad koniuszkiem przy pierwszym podmuch. Tętnice sprychowe wązkie, licho wypełnione. Tętno słabo napięte, niemiarowe, nierówne, 140 na minutę. Powłoki brzuszne miernie obrzękłe. W jamie brzusznej nieznaczna ilość płynu. Wątroba miernie powiększona, twardsza, przy ucisku bolesna. Śledziona przy opukiwaniu powiększona, niemacalna Na kończynach dość znaczny obrzęk. W moczu białka 1‰ (Esbach). Plwocina obfita, przeważnie ropna.

Rozpoznanie: *Tbc. chr. fibr. lobor. super. praecip. pulm. dextri emphys. pulm., bronchitis diff. chr. muco-purulenta. Concretiones pleur. praec. pulm. dextri subs. hypertr. cordis praec. dext. in stad. incomp. Tumor hep. et lienis venost. chr. venostasis renum (nephr. chr.), ascites, anasarca.*

Leczenie: digalen podskórnie. Przebieg uwidoczniony w tabliczce:

Data	Mocz		Parcie krwi	Tętno	Waga ciała	Leczenie
	Ilość na dobę	Ciężar właśc.				
11 marca	100	1025	—	120	—	—
12 „	300	1023	—	118	—	—
13 „	200	1029	100	120	60·50	Digalen: ½ cm³
14 „	300	1027	98	122	—	Dig.: 2 r. dz. po ½ cm³
15 „	200	1027	98	120	—	„
16 „	400	1026	98	112	62·80	„
17 „	450	1026	96	108	—	Digalen: 2 r. po 1 cm³ i 1 raz ½ cm³
18 „	350	1025	95	108	—	Dig: 3 r. dz. po 1 cm³
19 „	400	1026	97	106	—	„
20 „	450	1025	115	98	63	„
21 „	400	1026	98	108	—	Digalen odstawiono

Stan chorego od czasu przyjęcia do kliniki z dnia na dzień się pogarszał. Duszność wzrosła, oddechów 48 na minutę. Sinica znaczna, kaszel uciążliwszy, obrzęki na kończynach dolnych i powłokach brzusznych większe, Przybytek wagi ciała wynosi 2 kg. 50 dk.

Spostrzeganie tych 8 i innych, tu nieprzytoczonych przypadków nasunęło nam następujące uwagi:

Już nawet powierzchowne spostrzeganie wystarcza, aby stwierdzić przynajmniej do pewnego stopnia, że istnieje różnica między tym środkiem, a dotychczas używanymi. Przebieg leczenia, uwidoczniony na załączonych tabliczkach, wskazuje, że wyniki doświadczeń były po większej części dodatnie, w niektórych przypadkach przeszły nawet nasze oczekiwania. Na wyróżnienie pod tym względem zasługuje przyp. 2. Chory ten zażywał przez kilka miesięcy przed przybyciem do kliniki odwar naparstnicy i, choć dobrze go znosił, stan jego z dnia na dzień się pogarszał. Digalen zaś, jakkolwiek w małych dawkach podany (początkowo 1 cm³ dziennie), już po kilku dniach tak dalece zadziałał, że objawy niedomogi mięśnia sercowego, jak to w historyi choroby zaznaczono, ustąpiły w znacznej części. Podobny skutek osiągnęliśmy i w kilku innych przypadkach, np. 1-szym, w którym już po 24 godzinach zwiększyła się ilość moczu i nastała poprawa stanu ogólnego. Zgadza się to zresztą z doświadczeniem innych autorów, jak Bibergeila, Kottmanna i t. d., którzy stosowali digalen u wielu chorych i tak świetne mieli wyniki, że uważają go za środek prawie idealny.

Działanie digalenu ma jednak naturalnie i swoje granice. Świadczą o tem nasze przypadki z wynikiem ujemnym. Tu, jakeśmy się przekonali, zwyrodnienie mięśnia sercowego tak daleko postąpiło, że skutku nie można się było spodziewać, a napar naparstnicy, podany w niektórych z nich, np. w przypadku 8-mym, po odstawieniu digalenu również nie działał.

W doświadczeniach naszych używaliśmy przeważnie małych dawek digalenu do 2 cm³ dziennie i, jakeśmy mieli sposobność się przekonać, wystarczają one zupełnie do osiągnięcia skutku, nawet w przypadkach znacznego osłabienia mięśnia sercowego.

Digalen jest więc środkiem polecenia godnym, który działa szybko i pewnie w tych przypadkach, w których wogóle skutku po środku sercowym spodziewać się można. Obok tych dodatnich cech posiada on jednak i ujemne strony. Zdania Cloëtty i innych autorów, jakoby niebezpieczeństwo działania zbiorowego, którego skutków tak się obawiamy przy stosowaniu naparstnicy, było przy digalenie mniejsze, na podstawie naszych doświadczeń potwierdzić nie możemy. Spostrzegaliśmy bowiem tak wybitne objawy zbio-

rowego działania u niektórych naszych chorych, że żadnej wątpliwości w tym względzie mieć nie można. Widzieliśmy je w przypadku 3-cim po 15 cm^3 digalenu już 5-go dnia po zastosowaniu tego środka, w przypadku 7-mym 13-go dnia po 35 cm^3; u niektórych zaś chorych nie było wcale objawów działania zbiorowego pomimo, że leczenie digalenem ciągnęło się przez kilka tygodni. Jak widzimy, ścisłej granicy tu postawić nie można. Zależnie od wrażliwości osobnika mogą one pojawić się wcześniej lub później, albo nie pojawiają się wcale. Rzecz ma się tu podobnie, jak przy naparstnicy.

Nieuzasadnionem również zdaje się być twierdzenie Cloëtty, że digalen nie drażni tkanek, co on, a za nim inni autorowie, jak Bibergeil, Walti i t. d. głównie jako zaletę tego środka podnosili. Utwierdzają nas w tem mniomaniu z jednej strony wybitne objawy podrażnienia przewodu pokarmowego, któreśmy dostrzegali w kilku przypadkach np. 6-tym, z drugiej zaś strony wyniki wstrzykiwań podskórnych, o których mowa będzie niżej.

Mówiąc o wpływach ubocznych digalenu, poświęcimy jeszcze kilka słów przypadkowi 4-mu. U chorej tej wystąpił 24-go dnia pobytu w klinice poród przedwczesny. Jakkolwiek wiadomą jest rzeczą, że u kobiet, dotkniętych wadami serca wcześniejsze porody nie należą do rzadkości, to jednak wobec tego, że chora nasza leżała zupełnie spokojnie, że poród rozpoczął się po używaniu digalenu przez dni 17, przyczem ogólny stan znakomicie się poprawił, mimowoli nasuwa się pytanie, czy digalen nie był tu czynnikiem, wywołującym przedwczesny poród Naturalnie, że sprawy tej na podstawie jednego przypadku rozstrzygnąć nie można, dopiero dalsze spostrzeżenia zdołają ją wyjaśnić.

Co się tyczy wstrzykiwań podskórnych digalenu, to zdania autorów są podzielone. Walti np. nie widział po nich odczynu miejscowego, inni, jak Kottmann i Klemperer, spostrzegali go. U nas stosowano wstrzykiwania dotychczas w dwóch przypadkach. Jeden dotyczył mężczyzny (przyp. 8), drugi kobiety (przyp. 5) Pierwszy znosił je dobrze i z wyjątkiem lekkiego pieczenia w miejscach wstrzyknięcia nie doznawał z tego powodu prawie żadnych dolegliwości. Inaczej rzecz się miała w drugim przypadku. Chora ta skarżyła się za każdym razem na pieczenie, kłucie i bolesność w miejscach wstrzyknięcia, po kilku zaś godzinach mogliśmy stwierdzić zaczerwienienie i naciek podskórny w tych okolicach. Ponieważ objawy te po krótszem lub dłuższem trwaniu zwolna ustępowały, nie przerywaliśmy leczenia. Dopiero 13-go dnia od rozpoczęcia wstrzykiwań musieliśmy ich zaniechać, gdyż nastąpiło podwyższenie ciepłoty do 39·1°, które odnieść było można tylko do nacieków, wobec braku innych zmian w ustroju, mogących je wytłómaczyć. Szybszego działania lub innych korzyści wstrzykiwań podskórnych w porównaniu do podawania wewnętrznie, nie zdołaliśmy zauważyć pomimo zwróconej na to uwagi. Dlatego polecamy je tylko wówczas, gdy podawanie wewnętrzne z jakichkolwiekbądź powodów staje się niemożliwem.

Tak więc widzimy, że digalen obok dodatnich posiada i ujemne strony naparstnicy. Tyle możemy powiedzieć ogólnie na podstawie naszego doświadczenia.

Wnioski same się nasuwają. Streszczając bowiem powyższy wywód, można powiedzieć:

1) Digalen posiada wszystkie dodatnie strony dotychczasowych przetworów naparstnicy, ma zaś nad nimi tę wyższość, że

2) Siła jego działania jest wyższą, niż naparstnicy podanej w naparze, że digalen ma skład stały, niezmienny, łatwo daje się dawkować i nadaje się przy zachowaniu pewnych środków ostrożności do wstrzykiwań podskórnych.

3) Z powodu tych zalet jest doskonałym środkiem zastępczym naparu naparstnicy, w tych przypadkach, w których używa się naparu [3]).

4) Digalen wywiera czasem działanie nawet tam, gdzie napar naparstnicy przedtem bez skutku podawano, czego odwrotnie o naparze naparstnicy powiedzieć nie możemy.

5) Zaprzeczyć się nie da, że digalen posiada i ujemne strony dotychczasowych przetworów naparstnicy.

6) Najstosowniej, jest podawać digalen wewnętrznie, przyczem dawka 2 cm^3 dziennie prawie zawsze wystarcza.

7) Wstrzykiwań podskórnych powinno się używać tylko w tych razach, gdy nie można digalenu podawać wewnętrznie.

Kończąc spełniam miły obowiązek i na tem miejscu dziękuję prof. Głuzińskiemu za zachętę do tej pracy i wskazówki, których mi w czasie jej wykonania udzielał.

III. Oceny i sprawozdania.

O tak zw. chorobie Bantiego.

Skreślił

E. Stahr.

Do niedawna rozróżniali autorowie, pisujący o chorobach krwi, bardzo często dwa tylko główne działy, a mianowicie: 1) niedokrwistość *(anaemia)* wraz z błednicą i niedokrwistością ciężką (złośliwą) i 2) białaczkę, tej zaś dwa główne rodzaje: białaczkę prawdziwą i rzekomą. Za przykład niech posłuży n. p. Leube (1), który w podręczniku swoim z r. 1898 mówi o chorobach krwi właściwie w trzech tylko ustępach: 1) „Anaemie — Chlorosis — schwere (perniziöse) Anaemie“, 2) Leukaemie, Leukocytose“ i 3) „Pseudoleukaemie“. W ostatnich latach jednak wraz z olbrzymim rozwojem hematologii zaczęły się mnożyć coraz to nowsze postaci chorobowe, podawane przez autorów za odrębne jednostki chorobowe. I tak n. p w podręczniku Nothnagla (2) obok wyżej wspomnianych postaci spotykamy się nadto z mięsakiem zielonawym (*chloroma*), z niedokrwistością rzekomo-białaczkową dzieci („*anaemia pseudoleucaemica infantum* Jacksch“), z niedokrwistością śledzionową („*anaemia splenica* Strümpell“), z przewlekłą gorączką powrotną („*chronisches Rückfallsfieber* Ebstein“), i z „*lymphosarcomatosis* Kundrat;“ w najnowszym podręczniku hematologii Besançona i Labbégo (3) czytamy jeszcze o tak zw. „chorobie Bantiego“ i tak zw. „*splénomegalie primitive de Debove et Bruhl*“, a wreszcie po różnych pismach spotkać się można z tak zw. „leukanemią (Leube)“ (4).

W pracy niniejszej zamierzam w streszczeniu podać, co dotąd wiemy o tak zw. chorobie Bantiego.

Z góry muszę zaznaczyć, że nauka nie wypowiedziała dotąd ostatniego słowa o tak zw. chorobie Bantiego, że do dziś dnia jeszcze nie nakreśliła ostrych granic między tą chorobą, a innemi, do niej zbliżonemi, i dlatego też w miarę

[3]) Powszechnemu użyciu stoi na razie wysoka cena na przeszkodzie. Flaszeczka kosztuje we Lwowie 4 koron. Fabryka jednak zobowiązała się dostarczać pojedynczych flaszeczek w cenie 2 M = 2 K 40 h (Cloëtta).

sposobności chcę zwrócić uwagę na braki i przeciwieństwa, z jakiemi się można spotkać w pracach, odnoszących się do tej sprawy, jako też na punkty styczne różnych o tej chorobie prac, aby z nich może stworzyć poniekąd znamienne ograniczenie tej nowej jednostki chorobowej. Albowiem autorowie, którzy ostatnimi czasy ogłaszali prace o tej chorobie, opisywali pod tą nazwą tak wielką liczbę przeróżnych obrazów chorobowych, że prawie niepodobna dzisiaj podać w ostrych obrysach to, co mamy nazywać chorobą Bantiego.

Guido Banti (5), profesor anatomii patologicznej we Florencyi, opisał w r. 1894 pod nazwą *„splenomegalia con cirrhosi epatica"* zbiór objawów, który ma wedle niego stanowić nową jednostkę chorobową. W chorobie tej odróżnia autor trzy okresy, z których pierwszy, trwający od 3 do 10 lat, zupełnie ma przypominać zwykłą tak zw. niedokrwistość śledzionową, a więc cechuje się głównie powiększeniem śledziony i niedokrwistością. Drugi okres trwa zwykle kilka miesięcy, a wśród niego rozwija się jak gdyby postępująca niedokrwistość i wreszcie wytwarza się okres trzeci, okres charłactwa, tak zw. okres puchliny brzusznej, który zwykle po pół roku kończy się śmiercią. W tym ostatnim okresie chorobowym rozwija się puchlina brzuszna, jako wynik włóknistego zwyrodnienia wątroby, które to zwyrodnienie (*cirrhosis*) wedle podania Bantiego nie ma się niczem różnić od zwykłej marskości wątroby. Banti w pracach swoich bardzo szczegółowo opisuje kliniczny obraz choroby i podaje również dokładne protokoły sekcyjne, jako też badania drobnowidowe tkanek, szczególnie śledziony, która ma być punktem wyjścia całego cierpienia.

Okres pierwszy tej choroby ma w zupełności przypominać niedokrwistość śledzionową (*anaemia splenica*). I to cierpienie też nie jest dokładnie określone w podręcznikach. Pinkus (6) powiada, że cierpienie to jest rzadkie, dotychczas jeszcze niedokładnie zbadane, szczególnie co do zachowania się krwi, i że jedni zaliczają je do rzędu ciężkich, złośliwych niedokrwistości, inni zaś do tak zw. wrzekomej białaczki szpikowej. Cechuje się obrzękiem śledziony i ciężką niedokrwistością, której wyrazem w obrazie krwi jest mała zasobność krwinek czerwonych w hemoglobinę (*oligochromaemia*), niedostatek krwinek czerwonych we krwi wogóle (*oligocythaemia*) i czasem mierna leukocytoza. Notatkę swoją o sprawie tej kończy Pinkus uwagę, że dalsze dokładne badania patologiczno-histologiczne są w tym dziale niezbędne, jeśli sprawa ta, dotąd jeszcze niejasna, ma zostać wyświetloną.

Zasługą niewątpliwą Bantiego jest, że jeszcze przed dwudziestu kilku laty tę śledzionową niedokrwistość dokładnie określił i podał dokładny opis kliniczny i anatomiczny tej choroby, który w krótkich słowach tak się przedstawia: „Powoli, często niepostrzeżenie, rozwija się wielki obrzęk śledziony, przeważnie u ludzi w młodym i średnim wieku, za którym idą w ślad objawy podmiotowe i przedmiotowe niedokrwistości: ogólne osłabienie, łatwe męczenie się, kołatanie serca, duszność, zawroty głowy, bladość powłok zewnętrznych i błon śluzowych, krwotoki z nosa i innych narządów, gwałtowny spadek ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, mierna leukocytoza, rzadziej poikilocytoza. Po kilku latach chory ginie z wyczerpania".

Określenie to podaję wedle pracy Albu (7), który je wyjął z publikacyi Bantiego: *Dell Anemia splenica. (Archivo della scuola d'anat. pat. Firenze. 1882).*

Możnaby zatem, idąc za autorem, powiedzieć, że choroba Bantiego jestto pierwotnie niedokrwistość śledzionowa, która po krótkotrwałem pogorszeniu się cech niedokrwistości w kierunku niedokrwistości postępującej złośliwej przechodzi w okres puchliny brzusznej i charłactwa, wywołanych marskością wątroby.

W ślad za Bantim poszedł cały szereg autorów, z początku prawie wyłącznie włoskich, którzy ogłosili takie same lub podobne przypadki chorobowe; po pracach włoskich pojawiły się francuskie, później prace autorów amerykańskich, wreszcie prace niemieckie.

Dla dokładności wyliczę na tem miejscu autorów, piszących o tem cierpieniu wedle tego, jak mi się udało znaleźć o nich wzmianki w czytanych pracach z tego zakresu: Z Włochów pisali o tej sprawie Silva (8), Casarini (9), Cavazzani (10), który w r. 1896 pierwszy użył nazwy *„Morbus Banti"*, Bonardi (11), Firzi (12) i Silvestrini (13), których cytuję za Chiarim (14), a nadto Rinaldi (15) i Maragliano (16), o których pisze Senator (17). Z autorów francuskich pisali w r. 1896 Roque i Bret (18), z amerykańskich, jak podaje Senator (17), Sippy (19) i Osler (2) i przez Pribrama cytowany N. E. Brill (21). Brill opisuje trzy przypadki jako chorobę Bantiego; przypadki te jednak trudno zaliczyć do tej postaci chorobowej, bo się odnoszą do trojga rodzeństwa, którzy z tem cierpieniem długo żyli, a u których nadto był olbrzymi obrzęk wątroby.

W Niemczech zwrócił uwagę na tę chorobę pierwszy Senator (17) i nazwał ją *„Anaemia splenica mit Ascites"* (*Bantische Krankheit*) W rozprawach po wykładzie Senatora na ten temat w berlińskiem towarzystwie lekarskiem wspomnieli o podobnych przypadkach Litten, Lennhoff i Ewald (22). W następnym roku 1902 zjawiły się już prace na ten temat w Austryi, prawie równocześnie w pismach praskich i wiedeńskich. W Pradze pisali o tem cierpieniu Pribram (23), Hocke (24), Walko (25) i Chiari (14), zaś w Wiedniu Breuer (26) i Weinberger (27). Później jeszcze ukazały się prace A. Borrissowej (28), J. Kasta (29), L. Kasta (30), Levisona (31), Marchanda (32), Curschmanna (33), Bahrdta (34) i Fichtnera (35). W r. 1904 ogłosił Senator (36) pracę p. t. „Ueber Anaemia splenica u. Bantische Krankheit", a w r. 1905 Brugsch (37).

Jak zatem widzimy, piśmiennictwo przedmiotu jest już wcale obszerne, obejmuje sporo przypadków, jednak opisane przypadki bardzo często różnią się między sobą, a jeszcze częściej nie zgadzają z charakterystyką cierpienia, podaną przez Bantiego. Banti bowiem podaje następujące zasadnicze cechy tej choroby: „niezwykle wielki i twardy obrzęk śledziony, który na prawo przekracza linię środkową ciała, a ku dołowi zwykle sięga poza linię poprzeczną pępkową, mniej lub więcej wybitna puchlina brzuszna, wyraźne pomniejszenie wątroby, żółtaczka na skórze i spojówkach, urobilina i bilirubina w moczu, a we krwi zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych i spadek hemoglobiny".

Z tą charakterystyką bardzo wiele opisów nie zgadza się. I tak w opisach jednych autorów jest wątroba prawidłowa, w opisach innych nawet znacznie powiększona (Brill 21); często nie spostrzegano żółtaczki na skórze i błonach śluzowych i bilirubiny w moczu, inni autorowie obok powiększenia wątroby i puchliny brzusznej widzieli puchlinę opłucną (*hydrothorax*), inni znowu opisują wyraźny przybytek (a nie spadek) ilości krwinek czerwonych, a niektórzy nawet takie zmiany w składzie krwi, że stają w ostrem przeciwieństwie do obrazu krwi, podanego przez Bantiego, jako znamienny dla tego cierpienia. Bierens de Haan (38), przytoczony przez Senatora (17) podaje sam, że w jego przypadku była zwykła zanikowa marskość wątroby, wśród której obraz krwi przypominał przewlekłą niedokrwistość. Przypadek Riedera (39), również przytoczony przez Senatora (17) jest także bardzo wątpliwy. Trudno tu także zaliczyć przypadki Hocka (24), Chiariego (14) i Marchanda (32), bo w nich wykazano jako tło sprawy wrodzoną kiłę, dalej przypadek Weinbergera (27), gdyż w nim jako przyczynę choroby znaleziono zimnicę, wreszcie Brill (21) sam powiada, że jego przypadki nie dadzą się pomieścić bez zarzutu w typie choroby Bantiego. A jak pogodzić z charakterystyką Bantiego przypadek Fichtnera (35), którego przyczyną ma być uraz, a wśród przebiegu którego w czasie typowej kolki żółciowej przewód pokarmowy wydala 60 kamieni żółciowych. Bardzo ciekawe są także przypadki, podane przez Senatora, gdyż w nich nie ma najważniejszej cechy, podanej przez Bantiego, nie ma marskości wątroby i znanych objawów następowych co do krążenia w za-

kresie żyły wrotnej. W przypadkach Senatora brakowało wszystkich klinicznych objawów, któreby pozwalały wnosić o marskości wątroby. Puchlina brzuszna pojawiła się obok obrzęku śledziony. I dlatego Senator, tłómacząc swoje przypadki, upatrywał przyczyny puchliny brzusznej nie w zastoinie w zakresie żyły wrotnej, ale w zakresie dróg limfatycznych. Powołując się na przytoczoną w swojej rozprawie pracę Sippyego (19), który znalazł na sekcyi powiększenie gruczołów poza otrzewną i w sieci, tłómaczy, że puchlinę brzuszną wywołało w jego przypadkach uciśnięcie naczyń limfatycznych przez powiększone gruczoły. A może przecie w przypadkach Senatora była marskość wątroby, tylko się na zewnątrz niczem nie objawiała? A może zmiany w wątrobie wśród choroby Bantiego nie są zwykłą zanikową marskością? Że sprawa, tocząca się w wątrobie, nie jest zwykłą postacią zanikowej marskości, to na to zwraca uwagę już ta okoliczność, że, jak Banti powiada, pojawia się wśród tej marskości żółtaczka. A jak wiadomo, żółtaczka zjawia się nie wśród zanikowej marskości (typ Laënnec), ale wśród postaci przerostowej (typ Charcot-Hanot), której znowu nigdy nie towarzyszy puchlina brzuszna.

Sprawę marskości wątroby referował na ostatnim zjeździe przyrodników w Wrocławiu Naunyn (40) i podzielił ją na 4 grupy: 1) marskość poczynająca się; 2) marskość zanikowa (*aszitische Form;* 3) marskość żółtaczkowa i 4) *cirrhosis hypermegalo-splenica* (*vel hypersplenica*), „das wäre die heutige Bantische Cirrhose“. Naunyn wyraźnie zaznacza, że ciężka niedokrwistość i skaza krwotoczna mogą się pojawiać w toku wszystkich postaci marskości. Wcześnie zjawiający się obrzęk śledziony również nie jest wedle Naunyna niezwykłem zjawiskiem dla marskości, — jednem słowem marskość każda może przebiegać pod postacią choroby Bantiego.

O związku, jaki zachodzi między objawami Bantiego, a marskością wątroby, mówi Naunyn tak: „Ich möchte die Fälle von richtiger Cirrhose mit Hypersplenie, für welche ich mir die Deutung Bantis nicht aneignen kann, pseudobantische Cirrhosen nennen; und als Bantische Krankheit möchte ich die Fälle von anaemia splenica mit später hinzutretendem Ascites bezeichnen. Dieser Ascites ist dann aber nicht die Folge einer sich hinzugesellenden Lebererkrankung, braucht das jedenfalls nicht zu sein: es kann vielmehr in diesen Fällen, wie schon Senator betont hat, jede Leberkrankheit fehlen; wenn aber eine vorhanden war, so war das keine richtige Cirrhose (wenigstens in de Fällen, die ich kennen lernte) das heisst keine diffuse, sclerosierende Hepatitis, sondern es handelte sich um frische, kernreiche, lymphomatöse Wucherungen in der Capsula Glissoni und in den Azinis, wie sie bei der die multiplen Lymphomatosen (Pseudoleukaemie) begleitenden Lebererkrankungen gefunden werden. Es wird gesagt, dass hieraus eine richtige Laennec'sche Cirrhose werden könne, ich habe aber auch in der Literatur hierfür beweisende Fälle nicht gefunden“.

Tak samo A. Borrissowa (28), która bardzo szczegółowo badała tkanki po zejściu w przypadku choroby Bantiego, podaje: „An der Leber fanden sich keine Veränderungen, wie sie bei gewöhnlicher Cirrhose vorkommen, sondern die Blutkapillaren der peripheren Theile der Acini waren mit Zellen gefüllt, die den grossen endothelialen Elementen der Milzpulpa (opisuje je dokładnie na innem miejscu swej pracy, mówiąc o śledzionie) völlig glichen. Die Leberzellen waren vielfach atrophisch, — die Glissonschen Scheiden waren normal“.

Może zatem w przypadkach Senatora była marskość wątroby, ale w zgoła innej postaci, jak ją dotychczas znamy, może to była czwarta Naunynowska postać. Senator jednak, nie mogąc pogodzić swoich przypadków z typem, zakreślonym przez Bantiego, szukał patogenezy swojego typu gdzieindziej — i zaliczył typ swój do rzędu chorób krwi.

Wedle Senatora cechować się ma ta choroba zmianą w mieszaninie krwi i skazą krwotoczną. W składzie krwi zjawiają się trzy zmiany (*trias Senatori*): 1) oligocythaemia — mała zasobność w krwinki czerwone; 2) olichromaemia, — przyczem ubóstwo hemoglobinowe jest większe, niżby to odpowiadało spadkowi ilości krwinek czerwonych i 3) leukopenia z równoczesnym odsetkowym przybytkiem limfocytów, a spadkiem neutrofilnych wielojądrzastych. Takie same zmiany w składzie krwi znaleźli Pribram, Walko, L. Kast i Levison. Ten ostatni opisywał leukopenię, wynoszącą 1400 krwinek białych na 1 mm.^{3}. Jednak w przypadku Borrissowej było leukocytów 11.000. Co do skazy krwotocznej, to objawiać się ma ona głównie w postaci skłonności do krwotoków w przewodzie pokarmowym.

Patrząc jednak na sprawę krytycznie, łatwo można dostrzedz, że z jednej strony trias Senatorowska nie jest stałym objawem tego cierpienia, jak to właśnie udowodniłem (Borrissowa), a z drugiej strony, gdyby nawet była objawem stałym, to jeszcze nie jest tak znamiennym objawem, żeby po nim można rozpoznawać chorobę Bantiego. Oligochromemia, oligocytemia i leukopenia mogą towarzyszyć i zwykłej przewlekłej niedokrwistości i niejednemu zatruciu. Na dowód, że wzór hematologiczny nie da się na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń ustalić, wystarczy dokładne rozpatrzenie przypadku Borrissowej, który jest niewątpliwie przypadkiem choroby Bantiego, i to może jednym z najlepiej zbadanych w całem piśmiennictwie tego cierpienia. Badanie krwi dało w tym przypadku następujący wynik: hemoglobiny 25%, krwinek czerwonych 1,988.000, z tego jądrzastych 4980, wielkich jednojądrzastych leukocytów, limfocytów wielkich i małych po 1·5%, a wielojądrzastych 95·5%. Wyraźna poikilocytoza. Wzór ten ze wzorem Senatora ma więc wspólną oligochromemię i oligocythemię, — a więc dwie cechy, które spotykamy w każdej cięższej niedokrwistości mniej lub więcej wybitnej. Natomiast Senator żąda dla charakterystyki, by była leukopenia, a tu mamy hyperleukocytozę, Senator żąda przewagi limfocytów, tu zaś widzimy przewagę wielojądrzastych. W przypadku Borrissowej spotykamy jeszcze jedną rzecz: krwinki czerwone jądrzaste (erytroblasty), które stanowią czwartą część ogółu krwinek czerwonych. Jest to ciężka zmiana krwi, jaką spotykamy tylko w najcięższej postaci niedokrwistości, t. j. w niedokrwistości złośliwej. A nie ulega najmniejszej wątpliwości, że i inni autorowie pisaliby o tem wyraźnie, gdyby w swych przypadkach takie zmiany dostrzegli.

Co do zmiany krwotocznej, na którą Senator, a za nim niektórzy późniejsi badacze główny kładą nacisk i którą uważają za rozstrzygający objaw, da się przecie zarzucić, że skoro wśród choroby Bantiego istnieje marskość wątroby, to znowu krwotoki nie są niczem znamiennem. Bo że ludzie, cierpiący na marskość wątroby, często krwawią i głównie z przewodu pokarmowego, co wedle Senatora ma być w chorobie Bantiego znamiennem, to rzecz bardzo dawno znana. A nawet znaną jest rzeczą, że krwotoki z jelit mogą być zwiastunami marskości wątroby. Niektórzy autorowie piszący o marskości wątroby, pisali nawet o „haemorrhagische Form der Lebercirrhose“. I tak n. p. Maixner (41) opisał sześć przypadków marskości wątroby, której pierwszymi objawami były krwotoki z przewodu pokarmowego. Spostrzeżenia tego rodzaju nie są częste, a to może dlatego, że krwotoki z żołądka i jelit, o ile są małe, mogą całymi miesiącami być niepostrzeżone przez chorego. Wśród marskości wątroby wydarzać się mogą krwotoki i w innych narządach wewnętrznych, w błonach śluzowych i skórze, szczególniej w cięższych postaciach marskości lub w okresie końcowym cierpienia. Nie można więc pójść bez zastrzeżeń za Senatorem i twierdzić, że dla choroby Bantiego skaza krwotoczna jest cechą znamienną.

Senator (17), mówiąc o krwotokach w chorobie Bantiego, wyraźnie podnosi, że przyczyna ich nie leży w zastoju, ani pękaniu żylaków, ale w skazie krwi. Natomiast

Chiari (14), który swój przypadek sekcyonował, znalazł jako przyczynę zejścia krwotok z żylaków w przełyku.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

PEDYATRYA. J. Voisin, R. Voisin i Norero. **Dyeta uboga w azot** (*hypoazote*) **w padaczce.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, czerwiec, 1905). Przy obniżeniu do najdalszych granic składników azotowych w pokarmach, podawaniu zwykłej ilości soli kuchennej, zwykłej i dziennej dwugramowej dawce bromku potasu nie zauważono żadnej korzystnej zmiany w częstości napadów. Obniżenie chlorków w pokarmach według Toulousea i Richeta (dechloruracya) ma wpływ niewątpliwy, jednak nie sama przez się, gdyż u chorych padaczkowych, nie biorących od dłuższego czasu bromu, jest bez wyniku, działa zaś przy zwykłych dawkach bromu, wzmacniając jego działanie lecznicze. *Lewkowicz.*

Moro. **Morfologiczne i biologiczne badania nad bakteryami kiszkowemi oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. 61, czerwiec, 1905). Rozmieszczenie bakteryi w zdrowym przewodzie pokarmowym oseska przy piersi jest bardzo stałe. W żołądku i dwunastnicy napotyka się tylko odosobnione bakterye. Górna część kiszki cienkiej jest mikroskopowo jałowa, co według Kohlbruggea należy odnieść do bakteryobójczego działania enterokinazy. Dolna część tejże kiszki zawiera prawie wyłącznie *b. coli-commune* i *b. lactis aërogenes*, jednak w ilości skąpej. Od kiszki ślepej obraz nagle się zmienia. Bakterye stanowią odtąd główną część treści kiszek. W kiszce ślepej i okrężnicy wstępującej obok wspomnianych wyżej bakteryi znachodzimy prątka rozszczepionego (*b. bifidus*) i bakterye z zarodnikami (b. kwasu mlecznego, b. główkowe); następnie zaś od okrężnicy poprzecznej i zstępującej na pierwszy plan wysuwa się prątek rozszczepiony i on też w stolcu oseska przy piersi znajduje się mikrospowo prawie w czystej hodowli. — Wnikanie bakteryi u dzieci nowonarodzonych odbywa się częściowo przez usta (prątek kałowy, *b. lactis aërogenes*), głównie jednak przez rzyć. Pierwszy pojawia się w smółce prątek kałowy, potem prątek rozszczepiony. *Lewkowicz.*

Monsseaux. **Zaburzenia w moczeniu u dziecka skutkiem piasku w moczu, lub nadmiernej kwasoty moczowej.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905, maj). Siedem przypadków u dzieci starszych. Dziecko często odczuwa potrzebę moczenia, często jednak także zrzeka się moczenia z powodu bolów. Gdy wreszcie przychodzi do moczenia, niekiedy mimowolnie, jest ono bolesne. W nocy, jeżeli dziecko śpi głęboko, przypady ustępują, innym razem dziecko budzi się, aby mocz oddać, lub oddaje mocz nieświadomie. Mocz jest wysycony, zawsze dużo mocznika, jeszcze więcej kwasu moczowego, a często także piasek krystaliczny tego kwasu. Leczenie polega na zastosowaniu wód alkalicznych, ale ważniejszem od tego jest zmiana żywienia, ograniczenie pokarmów mięsnych, wprowadzenie większej ilości jarzyn, mleka, napojów wodnych, zalecenie ćwiczeń fizycznych. *Lewkowicz.*

Saïas. **Zaparcie stolca u osesków.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, maj, 1905). Wskutek prac Hirschsprunga i innych znaną była długość nadmierna okrężnicy zstępującej i esowatej, jakoteż liczne zagięcia tych części u osesków. Co do okrężnicy wstępującej i poprzecznej przyjmowano, że te są raczej krótkie. Tymczasem z badań autora wynika, że i te części okrężnicy są u oseska stosunkowo dłuższe i że często przedstawiają zagięcia. Przyczyną tych zagięć jest nadmierna długość krezki okrężnicy wstępującej w górnej części. Z drugiej strony kiszka ślepa u osesków często nie leży w miejscu prawidłowem, lecz wyżej. Jestto powstrzymanie rozwoju, gdyż kiszka ślepa leży pierwotnie po stronie lewej brzucha, następnie wędruje naokoło pępka ku górze, stronie prawej, ku dołowi. Umieszczenie wysokie musi być przyczyną nowych zagięć. W tem ukształtowaniu prawidłowem i powszechnem kiszki grubej oseska należy upatrywać podstawy anatomicznej dla skłonności osesków do zaparcia stolca. *Lewkowicz.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. J. Benco. **Badania kliniczne nad lepkością krwi podczas zaburzeń w wydalaniu bezwodnika kwasu węglowego.** (*Deutsch. med. Woch.*, 1905, Nr. 15). Lepkość krwi, badana metodą Hirscha i Becka, była znacznie większa w przypadkach chorobnych, połączonych z mniej lub więcej wybitną sinicą, niż u ludzi zdrowych. U chorych, mających sinicę, wdychanie tlenu stale znacznie obniża lepkość krwi. Lepkość krwi powiększa się lub obniża w zależności od ilości CO_2 we krwi. Zwiększenie się lepkości krwi, gdy nagromadza się w niej bezwodnik kwasu węglowego, zależy od zmiany objętości krwinek, oraz zmiany ich powierzchni. Wpływu rodzaju jadła na lepkość krwi u ludzi, autor nie zauważył. *A. Wrzosek.*

Weichselbaum i Bartel. **W sprawie utajonej gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 10). Autorowie badali migdałki, gruczoły chłonne szyjne, tchawicze, oskrzelowe i krezkowe, zarówno histologicznie, jak i bakteryologicznie, przeszczepiając kawałki rzeczonych gruczołów świnkom morskim podskórnie lub do jamy brzusznej. Materyał do badania pochodził ze zwłok dzieci, zmarłych na odrę, błonicę, płonicę itp., u których ani klinicznie, ani sekcyjnie nie wykazano najmniejszych śladów gruźlicy. Badanie histologiczne w żadnym przypadku nie wykazało w gruczołach badanych jakichkolwiek zmian gruźliczych. Mimo tego w niektórych przypadkach świnki morskie, zaszczepione w sposób wspomniany wyżej, zapadały na gruźlicę: co dowodzi, iż w gruczołach chłonnych u ludzi, którzy żadnych zmian gruźliczych nie mają, mogą przebywać mikroby gruźlicze jadowite. Autorowie nie rozstrzygają sprawy wrót zakażenia gruźliczego, ani nie podają dokładniejszych dat co do częstości znajdowania się mikrobów gruźliczych w gruczołach chłonnych, gdyż wymieniona w nagłówku ich praca jest tylko tymczasowem doniesieniem. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy należy nazywać utajeniem gruźlicy lub utajoną gruźlicą przypadki, w których zgoła żadnych zmian gruźliczych niema, a tylko w tkankach znajdują się prątki gruźlicze? Takiem samem prawem ludzi zdrowych, w których w przewodzie pokarmowym znajdują się, np. podczas epidemii cholery, przecinkowce choleryczne, należałoby uważać za chorych na cholerę, co byłoby oczywistym bezsensem. Dotąd jeszcze nie odróżniają niektórzy autorowie zakażenia od choroby zakaźnej. Możemy się przecież zakazić mikrobami jadowitymi, a jednak nie zapaść na chorobę zakaźną. Możemy również zakażać mikrobami jadowitymi zwierzęta, a jednak choroby u nich nie wywołać: nie każde bowiem zakażenie do choroby zakaźnej prowadzi. *A. Wrzosek.*

Widal i Javal. **O zatrzymaniu mocznika w chorobie Brighta w porównaniu z zatrzymaniem chlorków.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 27). W przebiegu niedomogi nerkowej mogą być chlorki i mocznik równocześnie lub oddzielnie zatrzymane. Ich nagromadzenie się w ustroju uskutecznia się przez mechanizmy zasadniczo różne. W stanach mocznicowych przypadłości zależne od zatrzymania chlorków, czyli chloruremii, są różne od tych, które się spostrzega, kiedy krew jest przepełniona azotem, t. j. od azotemii. O ile pierwsza pozostaje w ścisłym związku z nawodnieniem tkanek i obrzękami, to nagromadzenie się mocznika we krwi może przebiegać zupełnie bez obrzęków, a cechuje się głównie brakiem łaknienia, wzmagającem się aż do jadłowstrętu i sennością, potęgującą się aż do śpiączki. Oba te rodzaje zatrzymania (retencyi), które w mocznicy łączą się w jeden całokształt, wymagają też oddzielnych wskazań dyetetycznych. Mleko ma znaczenie z powodu skąpego doprowadzenia chlorków, a dyeta węglowodanowa i tłuszczowa ma na celu przeciwdziałanie azotemii. Jakkolwiek kombinacya dyety mlecznej z roślinną jest w cierpieniach nerkowych najodpowiedniejszą, to jednak bezwzględny zakaz mięsa jest zbyteczny, albowiem dozwoloną jest taka ilość mięsa, która przechodzi przez nerki swobodnie bez zatrzymania (retencyi) azotowego. *Dr. Blassberg.*

Reis. **Katalaza mleka.** (*Zschft f. klin. Medicin*, 1905, LVI. 1 i 2). Zaczyn mleka, zwany katalazą, z powodu swej własności rozkładania wody utlenionej na wodę i tlen, którego obecność nie jest zresztą znamienną dla mleka, gdyż taki sam zaczyn znajduje się prawie we wszystkich komórkach roślinnych i tkankach zwierzęcych, może być oznaczony ilościowo z objętości tlenu, wydzielonego z pewnej ilości wody utlenionej przez różne ilości mleka lub przetworów mleka. Autor udowodnił, że zaczyn ten przechodzi przy centryfugowaniu mleka do śmietany, nie stoi jednak w żadnym związku z tłuszczem, gdyż przy wstrząsaniu śmietany z wodą lub rozczynem fizyologicznym soli kuchennej katalaza przechodzi w rozczyn wodny lub solny. Katalaza jest zatem rozpuszczalną w wodzie i w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, nierozpuszczalną w rozczynach koloidowych, jakim jest mleko. Z takiego zaś rozczynu może być przez ciało tłuszczowe, albo i inne ciała o dużej powierzchni, jak ziemia okrzemkowa, porwaną. Katalaza rozkłada wodę utlenioną tylko krótki czas, zaczyny zaś nieorganiczne, jak rozczyny kolloidowe złota lub platyny, niesłabną w swem działaniu. Autor tę różnicę tłómaczy działaniem utleniającem nadmiaru wody utlenionej na organiczną katalazę, przez co ona zostaje zniszczoną; zaczynów nieorganicznych oczywiście utlenienie zniszczyć nie może. Zresztą między obu zaczynami niema istotnej różnicy. *Mostowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Neuronal (bromdietylacetamid) jestto nowy środek nasenny, mający postać białego, krystalicznego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wyskoku, eterze i olejach, trudniej w wodzie. Smak ma gorżki. Raschkow (*Pharm. u. ther. Rundschau*, 1905, 8) przekonał się na 63 chorych umysłowych w 1 klinice psychiatrycznej wiedeńskiej, że dobry sen wywołać może już 0,5 neuronalu. Dawki 2,0 R. nie przekraczał. Na 400 prób uzyskał R. sen dobry (najmniej 6-godzinny) 203 razy, skutek mierny (sen krótszy, niż 6 godzin) 124 razy, słaby (mniej, niż 2 godz.) 33 razy; nie było skutku 32 razy. U podnieconych chorych konieczne były zawsze większe dawki (zwykle 2,0). Porównawcze badania wykazały, że dzielniejszym od neuronalu lekiem jest tylko weronal. Równie dobre skutki uzyskał Bleibtreu (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 15). *K.*

Bromokol okazał się według doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez Meiera (*Allg. med. Ctr. Ztg.*, 1905, 15, 18) środkiem, zobojętniającym do pewnego stopnia działanie strychniny, zarówno użyty zapobiegawczo, jak i leczniczo. O tem działaniu bromokolu miał tenże autor sposobność przekonać się i w jednym przypadku przewlekłego zatrucia strychniną u człowieka (*Ibid.*, 1905, 20), mianowicie u siebie samego. W toku prób na sobie doszedł M. stopniowo pozornie bez szkody do dawki 0,085 *strych. nitric.*; następna jednak dawka: 0,09 wywołała wyraźnie objawy zatrucia, które wnet minęły po śródżylnem wstrzyknięciu 10 cm.^{3} 10 prc. roztworu bromokolu. *L.*

Barutyna jest nowym środkiem moczopędnym; jestto sól podwójna teobrominy barowej i salicylanu sodowego, zawierająca w 1 gr. 0,169 $BaCl_2$ + $2H_2O$ i 0,255 teobrominy. Dotychczas próbował tego środka tylko u zwierząt Bibergeil (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 15) i przekonał się, że lek ten ma silne własności moczopędne i zapobiega powstawaniu puchliny w jamach surowiczych i w tkance podskórnej. *Af.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21/VI 1905.

Przewodniczący: kol. prof. Nowak. Obecnych: 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący wita gości: koll. Brejskiego, Maciesze i Kryńskiego.

III. Wybrano jednogłośnie na członków koll.: prof. Pilza, Żmigroda i Staszewskiego.

IV. Kol. Prym. Borzęcki mówi: O leczeniu tocznia (*lupus*). Wśród innych metod jedno z niepoślednich miejsc zajęła metoda Langa, stosowana w szpitalu od lat czterech. Metoda ta polega na wycinaniu nacieków gruźliczych i pokrywaniu braków kosztem otoczenia, ewentualnie zbliżenie ran pooperacyjnem i uzupełnieniu braków przez przemieszczenie skóry sposobem Thierscha lub Krausego. Wyniki operacyjne (co do nawrotu) zabiegów tych leczniczych, które prowadzi sekundaryusz Dr. Gogulski, należy uznać za pomyślne. Chorzy, o ile cierpienie ich powróci, z pewnością wracają na oddział, ale na szczęście liczba tych nieszczęśliwych jest tak mała, że operacye te należy uważać za doszczętne. Bez najmniejszego guzka jako nawrotu dawny pacyent po podobnem usunięciu tocznia na twarzy od $1^1/_2$ roku jest służącym w szpitalu. Operacye te dotyczą przeważnie plastyk nosa, twarzy, powiek i warg.

Jako demonstracyę do powyższych przypadków przedstawił Dr Gogulski szereg chorych, operowanych przez siebie bądź z powodu tocznia, bądź z powodu oparzenia. W leczeniu odróżnia cztery okresy: 1) przygotowanie chorego ogólne żelazem, arszenikiem, usunięcie wyprysków, objawów zołzowych, oczu, nosa, a więc *conjunctivitis-keratitis-rhinitis*, 2) usunięcie znamion chorobowych bądź przez termokaustykę, bądź przez wyłuszczenie i otrzymanie żywych granulacyi, 3) pokrywanie wszelkich ubytków przyskórkiem (Thiersch), bądź całą skórą (Krause i Wolff). 4) Plastyki właściwe na tle skóry zdrowej i dostatecznie odkażonej. Ze względów kosmetycznych i fizyologicznych (oddychanie, mowa) zwraca szczególną uwagę na plastyki nosa. Operuje Dr. Gogulski sposobem Dieffenbacha lub sposobem swoim własnym. Sposób Dra Gogulskiego polega na wykrojeniu płatu z czoła równolegle do rąbka włosów i brwi i podwinięciu obwodowej części tegoż, celem stworzenia duplikatury, tworzącej rąbek twardy i zlewający się z kością nosową, względnie z płatem odpreparowanym również dokostnie z resztek nosa. Wyniki zawsze pomyślne; ani razu aseptyka nie zawiodła, chociaż opatrunki należało zmieniać zbyt często, ze względu na łatwość zanieczyszczenia od otworów fizyologicznych, od oczu, nosa i ust. Ze względu na zakażenie od jamy nosowej odkaża się ją na dni parę przed operacyą silnie roztworem tymolu, bądź słabym roztworem kwasu karbolowego.

Przypadek oparzenia chorego na padaczkę o tyle łączy się z poprzednimi, iż również zmuszał do plastyki czoła, po sekwestrotomii blaszki zewnętrznej i do plastyki wargi spos. Langenbecka. Brak nosa i odwinięcie (*ectropion*) powiek u tegoż chorego dyktuje dalsze wskazanie zabiegów operacyjnych. W dyskusyi podnosi Dr. Kryński dogodności stosowania podpórki widełkowatej do podtrzymania szczytu nosa. Za tak cenną uwagę podziękował Dr. Gogulski, obiecując dotychczasowe dreny metalem zastąpić.

V. Kol. Artur Frommer przedstawia — z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, Prym. Dra Bogdanika: Dotychczasowe wyniki leczenia spraw zapalnych ropnych, oraz ran pooperacyjnych sposobem Biera zapomocą przekrwienia biernego. Z początkiem b. r. ogłosił prof. Bier[1]) w *„Münchener Mediz. Wochenschrift“* pracę, w której podaje nowy sposób leczenia zapaleń ropnych a mianowicie zarzuca on zupełnie dawny sposób przeciwzapalny, lecząc te choroby przekrwieniem biernem zapomocą opaski gumowej. Pod wpływem tego leczenia ropienie ustępuje zwykle bardzo szybko, cząstki obumarłe oddzielają się wnet, pozostawiając nietkniętemi tkanki, które zwykle przy tych cierpieniach ulegały mniejszemu lub większemu zniszczeniu. W statystyce swojej podaje on 110 przypadków ropienia, leczonych tym sposobem, przeważnie z dobrym skutkiem. Stosował on to leczenie przy ropnicy, także przy ropnem zapaleniu dużych stawów, przy zapaleniu ostrem i przewlekłem szpiku kostnego i przy najczęstszej ze spraw ropnych, przy zapaleniu ropnem ścięgien, ograniczając zabiegi krwawe do możliwego minimum. Działanie przekrwienia biernego, zastosowanego przez tego samego autora przy sprawach gruźliczych stawów z dobrym skutkiem, tłómaczy on nadzwyczajnem wzmożeniem stanu zapalnego, który jest tylko odczynem ustroju wobec zakażenia. W kończynie, poddanej przekrwieniu, występuje zwolnienie obiegu krwi, lepsza wymiana materyi, a co za tem idzie, lepsze odżywienie kończyny. Twierdzenia swoje popiera on dalszemi doświadczeniami, przeprowadzonemi ze znakomitym wynikiem, które przedstawił na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie, rozszerzając to leczenie także i na zapalenie ucha środkowego z następowem zajęciem wyrostka sutkowego. Zachęcony tymi wynikami podał za planem Biera Klapp przyrządy, mające na celu wywołanie przekrwienia na chorych częściach kadłuba. Służą do tego naczynia szklane, w których wywołuje się próżnię pompką ssącą. (Demonstracya przyrządów).

Zachęceni tem stosowaliśmy na oddziale chirurgicznym przekrwienie bierne według Biera w następujących 13 przypadkach: Zapalenie ropne tkanki podskórnej (1). Zapalenie ropne ścięgien (7). Zapalenie ropne stawów (2). Ukąszenie przez żmiję (1). Zapalenie przewlekłe szpiku kostnego (2).

Przekrwienie zaś zapomocą aparatów ssących według Klappa stosowaliśmy w 5 przypadkach, a mianowicie: w dwu zapaleniach ropnych ścięgien na palcu przy karbunkule, w zapaleniu ropnem sutka zapaleniu gruczołów pachwinowych na tle wrzodu miękkiego. (Demonstracya chorych).

1. P. Lat 85. Na plecach w środku między łopatkami guz, wielkości jaja kurzego; okolica zaczerwieniona, z głębi przeświecają punkty żółtawe, dokoła skóra zaczerwieniona. 7/VI 1905 wywołano przekrwienie metodą Bier-Klappa przez 10 m., przyczem wydobyło się nieco ropy i dużo krwi, bolesność mniejsza. 10/VI chory podaje, że bóle ustąpiły i czuje się znacznie lepiej. Guz o połowę mniejszy, zaczerwienienie i bolesność mniejsza. Aspiracya przez 25 m., przyczem wydobywa się nieco ropy. 12/VI. Aspiracya. 13/VI. Guz znacznie mniejszy, mniej bolesny, chełbotania niema, przy aspiracyi wydobywa się nieco krwi. 14/VI założono znowu aparat aspiracyjny na 15 m. Obecnie czuje się chory dobrze, rana prawie wygojona.

2. P-a. Od 4 tygodni ból w piersi prawej, którą chora miała dusić z powodu braku pokarmu przed urodzeniem dziecka. Od kilku dni znaczne pogorszenie, zaczerwienienie i obrzęk sutka, oraz bolesność większa. Ciepłota 38°. Stan obecny; dolna połowa sutka prawego

[1]) *Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie 5, 6, 7.*

dokoła brodawki obrzękła, skóra na przestrzeni dłoni zaczerwieniona, w głębi czuć nacieczenie twarde, bolesne. Aspiracya metodą Bier-Klappa przez 15 m., potem przerwa i znowu przez 15 m. 14/VI. Chora twierdzi, że miała w nocy gorączkę i źle spała. Guz zapalny wydaje się mniejszy, przy dotyku mniej bolesny, na zewnątrz od brodawki miejsce zaczerwienione, chełboczące; założono aparat aspiracyjny na 30 m. 17/VI i 18/VI chora się nie zjawiła. 19/VI. Naciek większy, z przetoki wydobywa się dużo ropy i krwi. Aspiracya 40 m. 20/VI. Stan chorej dobry, obrzęk o wiele mniejszy, bolesność mała.

Aby wywołać przekrwienie bierne, zakładamy na kończynach opaskę gumową, o ile możności jak najwyżej od miejsca chorego, tak aby na kończynie wystąpiło wyraźne obrzmienie, połączone z obrzękiem tkanki podskórnej. Kończyna cała powinna być ciepła i zaczerwieniona. W celu wywołania przekrwienia biernego w stawie barkowym używamy miękkiego węża gumowego z odpowiednim zaciskiem. W podobny sposób postępujemy przy sprawach zapalnych moszen. (Demonstracya chorych).

3. M. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem dokuczliwym bólem na dłoni w okolicy śródręcza palca III. na ręce lewej. Ból ten, połączony z obrzękiem dłoni, stale się powiększał, poczem na 4 dni przed przyjęciem na oddział wystąpiło prawie zupełne zesztywnienie palców wraz z pogorszeniem się całego stanu chorego. W tych dniach wystąpiły także dreszcze i brak apetytu. Stan obecny. Robotnik 20-letni, dobrze zbudowany i odżywiony, dłoń i grzbiet ręki lewej, oraz palce deskowato obrzękłe, zaczerwienione, przy dotyku bolesne Przy podstawie palca II. i III. skóra zmieniona, barwy białawo-żółtej, przy dotyku bardzo bolesna Przedramię także obrzękłe. Założono opaskę powyżej stawu łokciowego, w następstwie czego wystąpił znaczny obrzęk i zaczerwienienie kończyny aż do miejsca uciśniętego opaską, przyczem bóle ustąpiły. T. 37 6 wieczorem. 27/IV Odtąd trzyma chory opaskę stale 12—24 godzin na dobę. Chory czuje się lepiej, domaga się sam założenia opaski.

Skóra przy podstawie zajętych palców ulega coraz wyraźniej obumarciu, przybierając kolor żółty i wykazuje wyraźnie chełbotanie. Ciepłota spada. Trzeciego dnia w miejscu chełboczącem wytworzył się otwór, przez który obficie wydobywa się ropa żółtawa; chory czuje się dobrze, ruchy palców wolne, miejsce chore nie bolesne 6/V. Kończyna zupełnie sklęsła, ruchy palców zupełnie wolne, w miejscu największego nacieku ropnego nieznaczny ubytek na skórze, drążący w głąb na $^3/_4$ cm. Obecnie rana zupełnie zagojona.

Wyniki nasze były we wszystkich przypadkach dobre, z wyjątkiem jednego, gdzie przyczynił się do tego upór i niechęć pacyentki. Były to zresztą po większej części przypadki nie zaniedbane, sprawa zapalna nie wywołała jeszcze obumarcia tkanek na większej przestrzeni. Wyniki tego leczenia przy tak groźnych cierpieniach skłoniły do zastosowania tego znakomitego czynnika leczniczego także i przy innych sprawach zapalnych. W pierwszym rzędzie zastosowaliśmy przekrwienie bierne przy gojeniu się ran pooperacyjnych ropiejących lub powoli wypełniających się ziarniną Do spraw takich należą rany pooperacyjne po sekwestrotomii, gdzie rana wypełnia się powoli ziarniną przez kilka miesięcy, rany pooperacyjne po trepanacyi wyrostka sutkowego.

Rzeczywiście i tutaj osiągnęliśmy znakomite przyśpieszenie w gojeniu się rany, która goiła się po wyjęciu setonów i założeniu powierzchownego aseptycznego opatrunku, prawie w oczach. U jednej z chorych olbrzymia jama po wykonaniu sekwestrotomii, ropiejąca, zgoiła się w kilku dniach pod opaską Biera. *(Demonstracya)*. Obecnie widzimy po obu stronach uda blizny trwałe, bez żadnej wydzieliny, chora ma zupełną swobodę ruchów, nie odczuwa żadnych bolów. Ten sam wynik był i u czterech pozostałych chorych.

Podobne wyniki mieliśmy w leczeniu następowem po otwarciu wyrostka sutkowego, jak okazują obecni tutaj dwaj pacyenci wygojeni. Do wywołania przekrwienia biernego na głowie używamy wązkiej opaski gumowej o długości od 28—36 cm., którą wedle potrzeby zapinamy na przyszyte do niej klamerki. Jeden chory, operowany na klinice prof. Kadera z powodu znacznych zmian w wyrostku sutkowym po zapaleniu ucha środkowego, przesłany był na oddział chirurgiczny w dwa tygodnie po operacyi. *(Demonstracya)*.

4. S. 7/VI. Stan obecny: poza uchem lewem rana ziejąca na 3 cm. o brzegach nacieklych, z ucha obfita wydzielina ropna. Z rany wyjęto seton z gazy jodoformowej, nasiąkły ropą Wprowadzony zgłębnik wchodzi blizko 3 cm. w głąb i napotyka obnażoną kość; w okolicy rany kilka sączków gumowych. Założono opatrunek aseptyczny i opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony i sączki całkowicie usunięto. 10 6. Chory czuje się lepiej, rana mniej wydziela, również z ucha mniej wydzieliny. 12/VI. Rana poza uchem zasklepiona, nie wydziela, z ucha wypociny bardzo mało, chory czuje się dobrze i nosi opaskę chętnie. 14/VI. Rana zgojona, wydzielina ropna z ucha mniej obfita 19/VI. Stan chorego dobry; chce opuścić oddział. 21/VI. Badanie ucha wykonane przez Dra Nowotnego wykazuje: w przewodzie zewnętrznym nieznaczną ilość wydzieliny ropnej, ściana tylna przewodu zewnętrznego wpuklona ku wnętrzu, ucha środkowego nie widać.

5. B. Operowany 24/4 1905 z powodu daleko sięgającego próchnienia wyrostka sutkowego; przy operacyi okazały się rozległe zniszczenia całego wyrostka sutkowego, porażenie nerwu twarzowego. Słuch zniesiony. Ranę leczono tamponami z gazy, napojonej mieszanką jodoformową, oraz przepłukiwaniem ucha środkowego. Stan obecny; 7/VI poza małżowiną rana długości 4 cm., ziejąca; wydzielina ropna z ucha i z rany Wprowadzona sonda napotyka obnażoną kość. Z rany wydziela się znaczna ilość ropy. Założono opaskę Biera na szyję na 20 godzin, setony usunięto. 10/6. Rana znacznie mniejsza, goi się, wydzieliny w ucha mniej, chory czuje się lepiej. 12/VI. Wydzielina z rany ustała zupełnie, z ucha znacznie mniejsza, chory znosi opaskę bardzo dobrze. 14/VI. Rana zgojona, wydzieliny w uchu bardzo mało. 19/VI. Stan chorego zupełnie dobry. 21/VI. Badanie ucha, wykonane przez kol. Nowotnego wykazuje; błony bębenkowej brak, w uchu środkowem polipy; wydzielina ropna nieznaczna.

Zachęceni tymi wynikami zwróciliśmy się do zapalenia gruźliczego stawów, szczególniej w przypadkach rozpaczliwych, grożących amputacyą. Tu naprzód sprowadzaliśmy przez zastosowanie przekrwienia biernego pewne polepszenie, następnie zapomocą małego cięcia otwieraliśmy staw i po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką zakładaliśmy napowrót opaskę Biera, wykonując odrazu ruchy bierne, by utrzymać w zupełności funkcyę stawu. W dotychczas tak leczonych przypadkach otrzymaliśmy dobre wyniki wraz z tak bardzo cennem skróceniem czasu leczenia i z nadzwyczajnem ułatwieniem opatrywania.

6. R *(Demonstracya)*. Zgłosił się na oddział chirurgiczny przed trzema miesiącami z powodu gruźliczego zapalenia stawu kolanowego prawego. Wymiar kolana chorego większy był o 28 cm. od stawu zdrowego. Staw kolanowy wrzecionowato rozdęty. Naczynia żylne na powierzchni poroszerzane, zagłębienia przyrzepkowe znikły tak że kontury rzepki są zatarte Powyżej rzepki obrzmienie sięga na kilka cali na udzie, kończąc się u góry linią łukowatą, ku dołowi wypukłą. Staw bolesny, miernie zgięty, ruchy bierne słabe. W otoczeniu rzepki chełbotanie, rzepka balotuje. Po stronie zewnętrznej przetoki wielkości grochu o wargach języczkowato wywiniętych, ziarnina barwy blado czerwonej; ciepłota 37 7°. Założono opaskę Biera z przerwami, jak przy zapaleniu przewlekłem, przyczem chory po kilku dniach uczuł znaczne polepszenie. Ze znajdujących się już dawniej przetok zaczęła się wydobywać obficie ciecz ropiasta, która coraz bardziej stawała się przeźroczystą. Chory zaczął wykonywać ruchy bierne i czynne Różnica wymiarów zmniejszyła się do 10 cm. Stan ten trwał kilka tygodni, poczem nie można było zauważyć żadnych wybitniejszych postępów w gojeniu. Wobec tego zdecydowaliśmy się do atypowego usunięcia zmienionych tkanek stawowych. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformem; wykazała ona ogromne zniszczenie całego stawu. Cały staw wypełniony wiotką, blado różową ziarniną, rozpadającą się pod dotknięciem palca. Po operacyi nałożono powyżej opatrunku opaskę Biera. C. wieczorem 39°. Ruchy bierne i czynne możliwe; obecnie w trzecim dniu po otwarciu stawu mogliśmy pacyenta spokojnie przenieść Ciepłota prawidłowa, chory swobodnie porusza dolną kończyną i czuje się zupełnie dobrze.

Te pomyślne wyniki ukazują w przyszłości nadzieję udoskonalenia tej metody do tego stopnia, abyśmy w niej znaleść mogli środek doszczętny w leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Ze względu na to, że niniejsza demonstracya nastąpić miała w toku dyskusyi nad zapowiedzianym odczytem docenta Dra Rutkowskiego, miało to być tylko sprawozdanie z prób, rozpoczętych na oddziale chirurgicznym w szpitalu św Łazarza. W ostatniej chwili rozszerzyć musiałem zakres mej demonstracyi z powodu nieobecności prelegenta — proszę przeto o odłożenie dyskusyi aż do przyszłego posiedzenia.

VI. Zapowiedziany odczyt kol. docenta Rutkowskiego spadł z porządku dziennego z powodu wyjazdu prelegenta.

Pisarski, sekretarz doroczny.

* * *

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie wiwisekcyi.

Agitacya przeciwko tak zwanej wiwisekcyjnej metodzie badania raz gaśnie, to znowu wybucha jasnym płomieniem. Występować do walki z tą agitacyą i doprowadzać ją wedle możności do absurdum jest obowiązkiem każdego, komu leży na sercu dobro naukowej wiedzy lekarskiej, a z nią dobro ludzkości. Niedawno rozesłało jakieś angielskie towarzystwo znowu list otwarty „do panów lekarzy“, w którym powołując się na religię, sprawiedliwość, humanitarność etc., wzywa lekarzy do poparcia akcyi antiwiwisekcyjnej.

W *Deutsch. med. Wochenschrift*, Nr. 28 z 1905 ogłasza prof. dr. Erich Harnack odpowiedź, jaką przesłał owemu angiel

skiemu towarzystwu, a czyni to dlatego, iż się spodziewa, że wspomniane towarzystwo listu jego nie opublikuje:

„Szanowni Panowie z Friends Anti-Vivisection Association! Zaszczyciliście mnie Panowie otwartym listem, w którym prosicie mnie o poparcie i zajęcie się akcyą, zmierzającą do ograniczenia, jeśli już nie do usunięcia metody badania zwanej „wiwisekcyą", zaszczyciliście listem mnie, który w życiu swojem dokonał bardzo wielu doświadczeń na żywych zwierzętach i jeszcze je wykonywa. Otóż pozwolicie mi Panowie przedewszystkiem na to zwrócić waszą uwagę, że stanowisko moje państwowe, jako dyrektora zakładu farmakologicznego, nie tylko udziela mi prawa, ale nakłada obowiązek robić doświadczenia na żywych zwierzętach dla zbadania działania przeróżnych leków i trucizn i uczyć o tem kandydatów na lekarzy i lekarzy sądowych. Jestem świadom w pełnej mierze odpowiedzialności, która na mnie ciąży i nie uznaję mimo to zgoła za zbyteczne, tego, że przełożona władza uniwersytetów w mojej ojczyźnie od czasu do czasu o tej odpowiedzialności nam przypomina. Nie godzę się jednak, aby w sprawie tej wyrokowali laicy, i to laicy, którzy z przyjaźni dla zwierząt stają się nieprzyjaciółmi ludzi. Jak długo ludzie będą uważali dla podniesienia chowu koni za niezbędne — wyścigi, na których niejeden koń pada, jak długo ludzie dla przyjemności zabijać będą na polowaniach zwierzynę, jak długo ludzie dla połechtania swych podniebień smakiem tłustych wątróbek będą paśli zwierzęta, aż u nich wywołają chorobę wątroby, tak długo będę uznawał za niezaprzeczalne prawo ludzkości rozporządzać zwierzętami dla dochodzenia naukowych prawd, dla chronienia zdrowia i przedłużania ludzkiego życia; oczywista, że powinno się przytem mieć baczenie, by zwierząt niepotrzebnie nie dręczyć. Czyżby ktoś potępił człowieka, który dla ratowania bliźniego swego z niebezpieczeństwa, grożącego życiu, zajechał konia na śmierć? Spodziewam się, że nie. A czyż szanują życie ludzkie tam, gdzie chodzi o osiągnięcie wyższych celów? Czyż ludzkość wzdrygnęła się przed wierceniem Simplońskiego tunelu, chociaż z góry na pewno wiedziała, że to będzie kosztować niejedno życie ludzkie? Nie chcę już mówić o wojnie. Czyż życie zwierząt więcej warte, niż ludzkie? Z listu Panów zdawałoby się wynikać, że tak myślicie, skoro twierdzicie, że za drogo jest płacić cierpieniem zwierząt za przedłużenie życia ludzkiego. Dobrze, że przynajmniej uznajecie bezpośrednią korzyść, płynącą z naukowych doświadczeń na zwierzętach dla zdrowia ludzi, co fanatyczni przeciwnicy wiwisekcyi nie tak rzadko zupełnie zaprzeczali; bo za walką przeciw wiwisekcyi niejednokrotnie kryje się wstręt i niechęć do wszelkiej naukowej wiedzy lekarskiej.

Nie chcę z Panami spierać się w sprawie, czy doświadczenie, dokonane na zwierzęciu w celach naukowych, posiada znamiona „winy"; ale ponieważ z obowiązku muszę się zajmować doświadczeniami z truciznami, dlatego pozwolę sobie na otwarty Wasz list odpowiedzieć pytaniem. W liście swoim powołujecie się Panowie na sprawiedliwość, która ludy podnosi wedle znanych słów biblijnych. Czyż Panowie potępicie i wtedy doświadczenie na zwierzęciu żywem, kiedy ono ma umożliwić wydanie wyroku, dojść w jakiejś sprawie, czy oskarżony zawinił lub nie, czy ma być uwolniony, czy nawet skazany na śmierć? Wszak chyba Panom dobrze jest wiadomo, że dość często w sprawach karnych o podejrzane otrucie dla wyświetlenia sprawy konieczna zachodzi potrzeba dokonać doświadczenia na żywem zwierzęciu, przyczem dla uzyskania bezwzględnej pewności często niejedno życie zwierzęce się niszczy. Jeżeli rzeczoznawca ma wydać pewny wyrok, to musi przecie znać dokładnie działanie trucizn. Czy Panowie żądacie, aby się sądy zrzekły tej pomocy w dochodzeniu prawdy tylko dla tego, aby szanować zwierzę? a możebyście się Panowie odważyli przypomnieć niewinnie na śmierć skazanemu słowa poety: „Wszak życie nie jest największem dobrem"?! Jeśli więc nie możemy się obyć bez takich doświadczeń, toć muszą być zakłady, gdzieby kształcący się lekarz mógł poznać obraz zatrucia na żywem zwierzęciu.

Jeszcze z drugiem pytaniem w sprawie toksykologicznego doświadczenia na zwierzęciu chcę się do Panów zwrócić. Czy w sprawie dotąd nieznanych, a przez chemiczną technikę świeżo wytwarzanych leków mamy czekać, aż się okaże, że są truciznami, gdy po zastosowaniu wywołały śmierć człowieka, czy też raczej powinniśmy przedtem w każdym przypadku próbować je na zwierzęciu, aby się przekonać, czy są truciznami, aby wcześnie ludzi ostrzegać i chronić przed niebezpieczeństwem? Historya medycyny uczy, że toksykologiczne doświadczenie na zwierzęciu starsze jest od fizyologicznego, historya mówi już o niem w drugiej połowie 18 wieku, w okresie humanizmu. Dokonywano go, bo uznano jego wielką doniosłość i potrzebę".

W końcu listu swego zaznacza autor, że większość przeciwników wiwisekcyi na pewnoby porzuciła swoje dążenia, gdyby mogła ocenić, jak doniosłym byłby zakaz wiwisekcyi. Nie pamiętają chyba o tem, że musiałyby zamknąć podwoje wszystkie zakłady, które zajmują się badaniami fizyologicznemi, porównawczo-biologicznemi, farmakologicznemi, toksykologicznemi, doświadczalno-patologicznemi i higienicznemi. Z naukowej medycyny pozostałaby chyba sama anatomia.

Myśl antiwiwisekcyjna żyje jednak nie tylko zagranicą, ale i w Austryi w pewnych sferach, a nawet tak zw. „miarodajnych". Nie dawno temu, bo w maju tego roku mieliśmy sposobność przekonać się o tem przy otwarciu nowego zakładu fizyologicznego na niemieckim uniwersytecie w Pradze czeskiej. W urzędowej swej przemowie inauguracyjnej zaznaczył namiestnik Czech, hrabia Coudenhove, „że jesteśmy obowiązani postępować z bezbronnemi zwierzętami jak najłagodniej i to nawet wtedy, kiedy ich używamy w celach naukowych ku ogólnemu dobru ludzkości". Na uwagę tę odpowiedział kierownik zakładu fizyologicznego, prof. Gad, w następujące słowa: „Wracając do słów JEkscelencyi, mogę zapewnić, że na każdym kroku o to się staramy, aby godzić wymagania nauki z wymaganiami humanitarności. Musimy jednak służyć nauce, a w służbie tej musimy, co osobiście boli i smuci, zrzec się uzasadniania naszego postępowania rozumem. Jest rzeczą wręcz niemożliwą, aby ludzie, którzy nie pracują w zakresie nauk doświadczalnych, zakreślali tym naukom granice, jakoteż jałową jest praca bronić publicznie potrzeby doświadczeń wiwisekcyjnych. Co musimy i umiemy, to jest 1) unikać, co się da uniknąć i 2) zasłonić przed spojrzeniem nieświadomych, co się dzieje w tym kierunku. Nie my, przedstawiciele nauki i nasi podwładni, dziecięcą, ale raczej owa wielka masa tych, którzy rozprawiają o rzeczach, na których się nie znają. Służba, u mnie w zakładzie pracująca, nie okazuje ani śladu zdziczenia, przeciwnie muszę ją nieraz upominać, żeby powierzonych sobie zwierząt nie rozpieszczała. Szerzyć wśród ogółu nieprawdziwe i grozę budzące opowieści i obrazy, jest nadużyciem często spotykanem i stanowi poważne niebezpieczeństwo dla wolnej nauki, która na pewno jest humanitarniejszą, niż bardzo wielu raczy przypuszczać, a to dlatego, że nie pracuje frazesami, ale ścisłem doświadczeniem".

Stahr.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 sierpnia.

* Wynik wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej jest następujący:

Członkami wybrani z Krakowa: Drowie Langie, Rożecki, Schoengut, Wicherkiewicz; z okręgów: Drowie Cwiklicer, Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Łodziński, Walczyński.

Zastępcami członków wybrani z Krakowa: Drowie Akerman, Flis, Gwiazdomorski, Landau Jan; z okręgów: Drowie Bernadzikowski, Fiałkowski, Idziński, Sawicki, Służewski, Zaleski, Zieliński.

* Tegoroczny wiec Izb lekarskich austr. ma się odbyć w Innsbrucku. Przedmiotem obrad mają być: 1) Program reformy zabezpieczenia robotników od wypadków. 2) Rewizya kodeksu cywilnego w sprawach, stanu lekarskiego dotyczących. 3) Wybór wydziału zarządzającego Izb. 4) Sprawa ogłaszania protokołów Izb w „Aerztekammer-Blatt". 5) Przywrócenie Izb w Karyntyi i Krainie. 6) Petycya do rządu w sprawie wyjaśnienia postanowień o przymusie zawodowym. 7) Odpowiedzialność lekarzy. 8) Sprawa reklamy lekarskiej.

* Uczestnikom tegorocznego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego (w Paryżu 2—7 paźdz. b. r.) udzielają francuzkie koleje żelazne 50 prc. opustu ceny jazdy.

* Kobiety lekarki mają być w Rosyi dopuszczone do ubiegania się o stopień doktora medycyny w akademii wojenno-lekarskiej petersburskiej. Egzamina teoretyczne mają się odbywać w terminie 6-tygodniowym, na złożenie całego egzaminu wyznaczono termin roczny. Zgłaszać się należy do dyrektora akademii do 1 października.

* Dr. Popow, redaktor czasopisma Towarzystwa im. Pirogowa, pociągnięty został po zawieszeniu czasopisma do odpowiedzialności sądowej. Obecnie, według „Russ. Wiedom.", wszyscy współpracownicy i kilkudziesięciu lekarzy moskiewskich oświadczyło swą solidarność z redaktorem i zażądało, by i ich pociągnięto do odpowiedzialności.

* Lekarz książę Ludwik Ferdynand bawarski napisał był przedmowę do książki niejakiego Dr. Gundlacha, w której autor czyni ostre a niesłuszne zarzuty lekarzom; oburzenie lekarzy monachijskich było powodem, iż książę-lekarz złożył Towarzystwu lek. tamtejszemu oświadczenie, iż został wprowadzony w błąd przez Dr. Gundlacha co do stanowiska jego wśród lekarzy monachijskich i że nie pozwoli nadal nadużywać w podobny sposób swego nazwiska.

* W Stanach Zjednoczonych Amer. Półn. szerzyć się począł alkoholizm w nowej postaci, przez ciastka i cukierki, zaprawne wyskokiem. Urząd higieniczny St. Zj. postanowił rozpocząć walkę z fabrykantami tych wyrobów („Presse med.“)

* Pomnika za życia w rodzinnem swem Töning w Szleswiku doczekał się prof. J. Esmarch, liczący obecnie 82 lat życia.

* Od 23—29 lipca stwierdzono w Galicyi: 6 przypadków ospy w powiecie chrzanowskim, a przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: Brzeżany (7), Mościska (4), Dobromil, Nadwórna, Tarnopol (po 3), Horodenka, Rawa (po 2), Turka (6, Brzozów, Jarosław, Kołomyja, Przemyśl, Śniatyn (po 1).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Konstanty Karwowski mianowany naczelnym lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. — Dr. Ritchie mianowany profesorem anatomii patol. w Oxfordzie. — Prof. Neusserowi w Wiedniu nadane zostało szlachectwo.

Zmarli: Dr. Kazimierz Szczepański, w 32 r. ż. we Lwowie. Dr. Zygmunt Roman Długosz, lekarz miejski i okręgowy w Kozłowie, w 35 r. ż. na dur osutkowy. Prof. dentystyki Metwitz w Wiedniu. Prof. anatomii W. Flemming w Kiel. Prof. ginekologii Dudley w N. Yorku.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. Mięsowicz: Nowy przypadek choroby Basedowa z zanikami mięśni i zmianami śluzowatemi na kończynach dolnych. Landau An.: Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi (dok.).

— *Kronika lekarska.* Zeszyt 15. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 16: — Po wyborach do Izb lekarskich. Ustrzycki: O tłumieniu epidemii i o sprawie szczepienia. — Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Uzasadnienie projektu rządowego o wykonywaniu techniki dentystycznej. — Brak lekarzy wojskowych.

— *Medycyna* Nr. 31. Karwacki. O szczepieniach ochronnych przeciw cholerze ze stanowiska zmian humoralnych. Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Dziembowski: Uwagi nad rozpoznaniem ropnia podprzeponowego.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 32. Libensky: Ofthalmoplegia externa chronica progressiva. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene přijici. Jánský: Neurofibrilly za poměru normálních a pathologických. Duffek: Průjem následkem kojeni. Sědláček: O kruposni pneumonii jako nemoci kontagiosni. Sviták: Jeden případ sporadické meningitis cerebrospinalis. — Nr. 33. Majxner: Plynnatost hrudi a Röntgenovy paprsky. Peterka: O léčeni tuberkulosy seleninem Klebsovým a tuberkulocidinem. Libensky i Kimla (c. d. artykułów z Nr. 32).

— *La Presse médicale* Nr. 61. Christides: O metatyfusowych zmianach w układzie kostnym. Moure: Ciała obce w przełyku i ezofagoskopia. — Nr. 62. Labbé: Moczówki pochodzenia zakaźnego. Dupont: Zatrucie krwi pochodzace z wyrostka robaczkowego ze zmianami żołądkowemi i nerwowemi. Podostra martwica błony śluzowej żołądka. — Nr. 63. Jeanselme: Położenie obłąkanych w koloniach francuskich, angielskich i holenderskich dalekiego wschodu. Martel: Poszukiwanie mięsa końskiego w wyrobach masarskich.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32. Selig: W sprawie rozszerzenia serca. Kahler. W sprawie leczenia twardzieli zapomocą radu. Zumbusch: Atypowy przypadek wrodzonej rybiej łuski. Zypkin: Przypadki wiądu i przewlekłego zapalenia rdzenia, leczone keratyną.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 32. Grützner: Prosty hemometr dla lekarzy praktycznych. Herff: Czy poprawienie postawy w położeniach twarzowych zapewnia szczególne korzyści? Neubauer: W sprawie fruktozuryi. Arneth: W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych przy leczeniu białaczki promieniami Roentgena. Gaupp: Stany przygnębienia u ludzi starszych. Fraenkel: O działaniu naparstnicy u ludzi zdrowych. Uffenheimer: Przepuszczalność przewodu żołądkowo kiszkowego noworodków zwierzęcych wobec bakteryi i białka rodzimego. Cnopf: O wpływie światła czerwonego na chorych na płonicę, wedle spostrzeżeń w norymberskim szpitalu dla dzieci. Klieneberger: O weronalu (dawkowanie i idyosynkrazya). Reiche: Tętniące żylaki na czole przy nieprawidłowej zatoce. Cahen: O przetoce wątrobnej (hepatostomii). Koeppe: Śmiertelność osesków, a dobór w znaczeniu Darwinowskiem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Martini i Rohde: Przypadek posocznicy meningokokowej. Greef: Czego można oczekiwać po zwalczaniu jaglicy przez państwo? Buschke: Przypadek symetrycznych mięsakowych (?) guzów skroni i policzków (chloroma?). Hirschfeld: W sprawie atypowej białaczki szpikowej. Frommer V. Nowy odczyn na aceton z uwagami o acetonuryi. Weleminsky: W sprawie patogenezy gruźlicy płuc (dok.). Runge: O wypadnięciu pochwy i macicy i jego leczeniu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 32. Hoffa: Wrodzona coxa vara. Doutrelepont: Badania histologiczne nad działaniem naświetlania Finsenowskiego na toczeń. Vahlen: O nowym skutecznym w wodzie rozpuszczalnym składniku sporyszu. Braatz: Operacyjne leczenie guzów sutka. Kisskalt: Chorobotwórcze znaczenie bac. funduliformis Bloch. W sprawie patogenezy przewlekłego wrzodu żołądka (dok.). Speck: Skrzynie do ochładzania mleka dla osesków w domu Sarason: Metaplasma — nowy środek opatrunkowy.

— *Medizinische Klinik* Nr. 36. Krönig: W sprawie wodoleleczenia duru brzusznego. Majo Robson: Zapalenia trzustki (dok.). Klingmüller: Tumenolammonium i jego zastosowanie w leczeniu chorob skórnych. Bergell: Nowy sposób wyrabiania chleba dla chorych na cukrzycę. Gerson: W sprawie leczenia mieszkowego zapalenia gardła. Roncaglioio: Ślepota zmierzchowa, leczona skutecznie opoterapią. Georghiu: Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem wiewióra gonosanem.

Redakcya otrzymała: Dr. St. Serkowski: Epidemiologia i profilaktyka cholery. Wydanie II, uzupełnione (z mapą kolorowaną) Łódź, 1905

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 32 (od dnia 6/VIII do 12/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 16, dziew. 29; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 19; zamiejscowych: męż. 11, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. — 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 9, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 4. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 37, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski**